

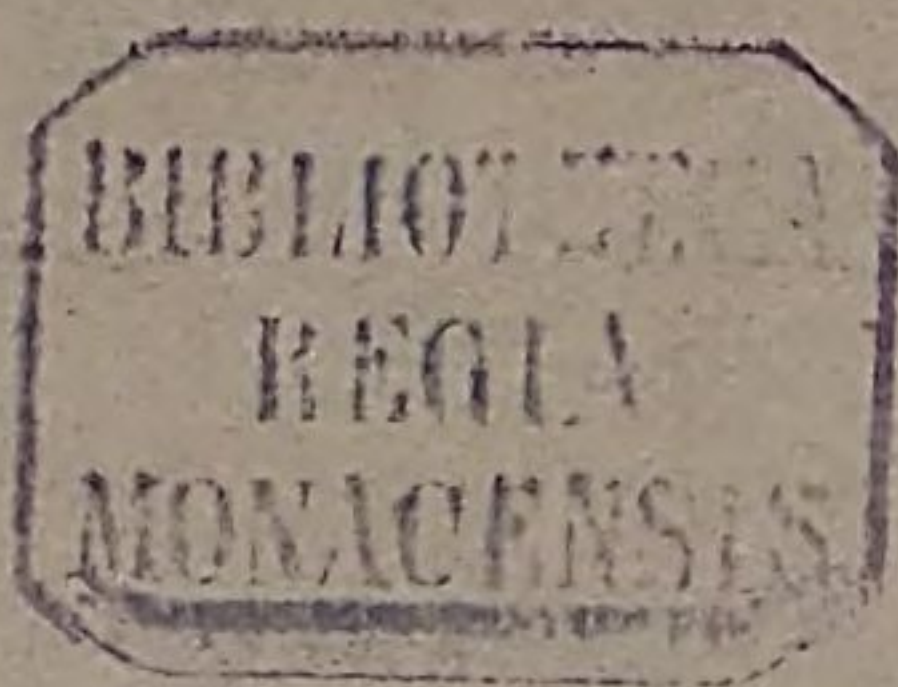
Path.

636

t

Path. 636 $\pm$

Jessner



Haut-Anomalieen bei inneren Krankheiten.

Klinische Vorträge

für

Aerzte und Studirende

von

Dr. S. Jessner.

Pract. Arzt in Königsberg i. Pr.

Motto

Die Schulung des makroskopischen
Sehens ist von grösster Wichtig-
keit für den practischen Arzt.

Berlin 1893.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.



Meinem hochverehrten Lehrer

dem Geheimen Medicinalrath

Herrn Professor Dr. Naunyn

zu

Strassburg i. Els.

i n D a n k b a r k e i t

gewidmet.

Journal des observations faites

sur les vents, la température

de l'air, de l'eau, du sol, et

de la lune, pendant

l'année 1789.

Paris.

Vorwort.

Der Zweck dieser Vorträge ist nur, die bekannten Beziehungen der inneren Krankheiten zu Anomalieen der Haut im Zusammenhange zu erörtern und die Wichtigkeit der Kenntniss der Hautveränderungen für den inneren Mediciner, der inneren Krankheiten für den Dermatologen darzuthun. — Gewiss wird mancher Punkt vermisst werden, jedoch hoffe ich, dass die grosse Schwierigkeit, das gesammte, allenthalben zerstreute Material zusammenzutragen, mir als Milderungsgrund angerechnet werden wird.

Sollten die Vorträge sich als kleines Bindeglied für die beiden in Rede stehenden Disciplinen erweisen, dann würde es mich der an dieselben gewandten Arbeit nicht gereuen.

Möge das Büchlein nachsichtige Leser finden!

December 1892.

Dr. Jessner.

Inhalt.

	Seite
Einleitung	1
I. Vortrag. Krankheiten der Leber und der Gallenwege. (Seite 7—16.)	
Hautfarbe bei Leberleiden	7
Icterus	8
Hepatogener und hämatogener Icterus	9
Polycholer Icterus	10
Entstehung des Resorptionsicterus	10
Verhalten des Icterus bei den verschiedenen Leberleiden	11
Caput Medusae	14
Verschiedene andere Hauterscheinungen	15
Xanthom	15
Leberflecken	16
II. Vortrag. Krankheiten der Verdauungsorgane. (Seite 17—25.)	
Modus der Entstehung der Hautveränderungen bei Verdauungsstörungen	17
Erkrankungen des Mundes	18
Catarrh. Aphthen. Ptyalismus	18
Stomatocace	18
Syphilitische Affectionen	18
Leukoplakie	18
Pemphigus	19
Erkrankungen des Oesophagus. Stenose	19
Acute Magendarmkrankheiten	19
Herpes facialis	20
Erytheme. Urticaria	21
Chronische Magendarmkrankheiten	22
Obstipatio chronica	23
Parasiten	24
Ulcus rotundum. Carcinom	24
Krankhafte Veränderungen um den After	25
III. Vortrag. Krankheiten der Athmungsorgane. (Seite 26—38.)	
Schnupfen. Coccogene Sycosis	26
Cyanose	27
Acute Cyanose. Keuchhusten	27
Tumoren des Mediastinum	28

	Seite
Hautemphysem	29
Croupöse Pneumonie	29
Herpes facialis	30
Erytheme, Roseola, Urticaria, Purpura etc.	30
Icterus. Biliöse Pneumonie	30
Lungentuberculose	32
Tuberculöse Affectionen der Haut	32
Scrophuloderma	32
Lupus vulgaris etc.	33
Blässe. Erregbarkeit der Vasomotoren	34
Hectische Röthe	34
Cyanose	34
Pityriasis versicolor	35
Hyperhidrosis	35
Chloasmen	36
Zoster	36
Veränderungen der Nägel	36
Asthma. Ekzem	36
Bedeutung der eosinophilen Zellen	37
Thermopalpation	37
 IV. Vortrag. Krankheiten des Herzens. (Seite 39—46.)	
Zusammenhang mit Lungenkrankheiten	39
Endocarditis acuta ulcerosa	40
Embolie der Hautgefäße	40
Icterus. Erytheme	40
Endocarditis simplex	40
Beziehungen zu den exsudativen Erythemen und Purpuraarten	40
Herzklappenfehler	41
Wangenröthe. Cyanose	41
Icterus	42
Ostéoarthropathie hypertrophiantepneumonique	42
Congenitale Herzleiden	42
Morbus caeruleus	42
Oedeme	42
Venenpuls. Undulation der Venen	43
Capillarpuls	44
Morbus Basedowii	44
Hyperhidrosis	44
Labilität der Vesomotoren	44
Quaddelbildung. Broncefärbung	55
Verminderung des galvanischen Leitungs- widerstandes.	45
Myxoedem. Cachexie pachydermique	45
Cachexia strumipriva	45
 V. Vortrag. Krankheiten der Nieren. (Seite 47—54.)	
Anämie	47
Oedem	47
Als Folgezustände der acuten Exantheme	49
Urämie. Urhidrosis	49
Maculae und papulae bei Urämie	50
Krankheiten der Nebennieren. (Seite 50—52).	
Morbus Addisonii	50
Hautpigmentirung	50
Physiologische Beziehungen der Nebennieren	51
Krankheiten der Blase. (Seite 52.)	
Steincachexie	52

Veränderungen in den weiblichen Genitalorganen. (Seite 52—54).

Chloasma uterinum	52
Rosacea	53
Menstruationsexanthem	53
Erytheme	53
Erysipel catamenial	53
Vicariirende Hautveränderungen bei Amenorrhoe	54

VI. Vortrag. Krankheiten des Nervensystems: Krankheiten der peripheren Nerven. (Seite 55—61.)

Neuropathische Hautleiden	55
Sensibilitätsanomalien	55
Parästhesieen	56
Paradoxe Empfindung, Doppelempfindung, Verlangsamte Leitung, Anästhesia dolorosa, Nachempfindung, Dysästhesie	56
Motilitätsanomalieen der Haut	56
Angioneurosen	56
Erröthen, Erblassen, cutaner Angiospasmus	56
Angioparalytische Flecke; tâches cérébrales	56
Erytheme, Rosacea, Urticaria	56
Erythromelalgie (Paralysie vasomotrice des extrémités)	56
Secretorische Anomalieen; Hyperhidrosis, Anhidrosis, Parhidrosis, Chromhidrosis, Hämatidrosis, Osmhidrosis	56—57
Trophoneurosen: Neurotische Atrophie, Glanzhaut (Glossyskin), Liodermia neurotica, Alopecia neurotica, Canities, Ringelhaare, Onychogryphosis, Albinismus, Morphaea, Vitiligo	57
Neurotische Hyperplasie: Hauthypertrophie bei Cretins — Nervennaevi. Hautpapillome. Ichthyosis	58
Neurotische Dystrophie: Herpes Zoster, Ekzeme, Decubitus acutus etc.	58
Motorische Lähmungen	58
Sensibilitätsstörungen	58
Vasomotorische Störungen	59
Trophische Störungen	59
Motorische Reizzustände	59
Neuralgie	59
Sensibilitätsstörungen	59
Vasomotorische Störungen	59
Secretorische Störungen	59
Trophische Störungen	59
Anästhesie, periphere	60
Periphere Neuritis	60
Perineuritis	60
Degenerative Neuritis	61
Multiple Neuritis	61
Neuritis ascendens	61

VII. Vortrag. Krankheiten des Nervensystems: Krankheiten des Rückenmarks. (Seite 62—70).

Beziehungen des Centralnervensystems zu der Hautinnervation	62
---	----

	Seite
Entzündungen und Blutungen in den Rückenmarkshäuten	64
Erkrankungen der Rückenmarkssubstanz	64
Halbseitenläsion	64
Hemihyperhidrosis cruciata	65
Myelitis	65
Verhalten der Schweisssecretion zu den Erkrankungen des Centralnervensystems	65
Trophische Störungen bei Myelitis: Decubitus acutus	66
Compressionsmyelitis	67
Syringomyelie	67
Morvan'sche Krankheit	68
Systemerkrankungen	68
Tabes	68
Lateralsclerose (spastische Spinalparalyse). Amyotrophische Lateralsclerose	69
Erkrankungen der Vorderhörner	69
Multiple Hirn-Rückenmarkssclerose	70
VIII. Vortrag. Erkrankungen des Nervensystems: Gehirnerkrankheiten. (Seite 71—78.)	
Thrombose des Hirnsinus	71
Thrombose des Sinus longitudinalis	71
Thrombose des Sinus transversus	71
Thrombose des Sinus cavernosus	72
Entzündung der Gehirnhäute	72
Meningitis basilaris tuberculosa	72
Trousseau'sche Flecke	72
Apoplexia cerebri	73
Hemianästhesia c. Hemiplegia	73
Decubitus acutus cerebri	73
Tumor cerebri	73
Epilepsie	73
Tetanus	74
Hysterie	75
Erkrankungen des Sympathicus	76
Hemicranie	76
Hemiatrophia facialis	77
Psychosen	77
Dementia paralytica	77
IX. Vortrag. Krankheiten des Blutes. (Seite 79—86.)	
Plethora	80
Acute Anämie	80
Hautblässe	80
Temperatur der Haut	81
Klebrige Schweisse	81
Chronische Anämie. Perniciöse Anämie.	82
Hautblutungen	82
Chlorosis	83
Blässe	83
Labilität der Vasomotoren	83
Chlorosis rubra	83
Leukämie	83
Leukämische Hauttumoren	84
Diffuse leukämische Hautveränderung	84
Pseudoleukämie	84
Knoten in der Haut	84
Prurigoähnliche Bildungen	84

	Seite
Hämophilie	84
Purpura. — Peliosis rheumatica. — Morbus macu-	
losus Werlhofii. Scorbut	84
Hautblutungen	85
Hautgeschwüre	85
Lichen und Acne scorbutica	85
Onychia und Paronychia scorbutica	85
Urticaria	85

X. Vortrag. **Allgemeine Ernährungsstörungen.**

(Seite 87—92.)

Arthritis	87
Tophi	87
Harnsäureablagerungen auf der Haut	87
Vulnerabilität der Haut	87
Diabetes mellitus	88
Locale Veränderungen an den Genitalien	88
Balanitis. Vulvitis. Pilzansiedelungen	88
Abmagerung	88
Trockne Haut. Pruritus	88
Schweissverminderung	88
Ekzeme. Phlegmonen.	88
Furunkel	88
Gangrän	89
Diabetes insipidus	89
Rachitis	89
Kopfschweisse	89
Barlow'sche Krankheit	89
Scrophulose	89
Torpide Scrophulose	89
Erethische Scrophulose	89
Scrophuloderma papulosum (Lichen scrophu-	
losus)	90
Scrophuloderma pustulosum (Acne cachecti-	
corum)	91
Scrophuloderma tuberosum	91
Scrophuloderma ulcerosum	91
Scrophuloderma tuberculosum	91
Lupus vulgaris	91
Ekzeme bei Scrophulose	92

XI. Vortrag. **Infectionskrankheiten I.** (Seite 93—104.)

Syphilis	93
Hautsyphilide, Charakteristik	94
Sklerose	95
Nässende Papeln	95
Leukoderma	96
Psoriasis palmaris et plantaris	96
Effluvium capillorum	96
Onychia und Paronychia syphilitica	97
Dactylitis	97
Ostéoarthropathie hypertrophiante.	97
Grossmaculöses Syphilid	98
Kleinpapulöses Syphilid	98
Pustulöses Syphilid	98
Tuberöses Syphilid	98
Gummöses Syphilid	98
Syphilitische Geschwüre	98
Syphilitische Narben	99
Werth syphilitischer Reminiscenzen	99

	Seite
Lepra	100
Lepra tuberosa, cutanea	100
Facies leontina	100
Lepra anästhetica; nervosa	100
Verhältniss beider Lepraarten zu einander	101
Malaria	102
Haut im Fieberanfall	102
Erytheme etc.	102
Febris intermittens et continua	102
Icterus	102
Melanämie	102
Milzbrand. Carbunkel	102
Milzbrandödem	102
Intestinale Infection	102
Rotz. Geschwüre. Wurm	102
Trichinosis	103
Oedem	104
Steigerung der Schweisssecretion	104

XII. Vortrag. **Infectionskrankheiten II.** (Seite 105—116.)

Gelenkrheumatismus	105
Influenza	106
Urticaria. Herpes	106
Erytheme. Purpura	106
Diphtheritis	107
Petechien	107
Hautwunden	107
Parotitis epidemica	108
Dysenterie	108
Cholera asiatica	108
Stadium algidum	108
Facies cholericæ	108
Urticaria etc.	108
Gelbes Fieber	109
Recurrens	109
Icterus. Biliöses Typhoid	109
Typhus abdominalis	109
Herpes facialis	109
Roseola typhosa	110
Decubitus	110
Effluvium capillorum	111
Typhus exanthematicus	111
Exanthem	112
Geruch der Hautsecrete	112
Acute Exantheme	112
Erysipelas	112
Prodromale Erytheme	112
Variola-Masern	113
Variola-Varicellen	113
Scharlach	113
Rubeola-Masern	113
Abschuppung	114
Hämorrhagische Exantheme	114
Bedeutung der quantitativen Beschaffenheit der Exantheme	114
Febris miliaria	115

Einleitung.

Meine Herren!

Die Sicherheit des Fundaments, auf dem sich die medizinische Wissenschaft aufbaut, wird durch nichts mehr gewährleistet, als durch die Zunahme und täglich fortschreitende Vervollkommnung unserer Untersuchungsmethoden. Mathematik, Physik, Chemie, alle werden sie herangezogen und fördern den stolzen Bau. Alle Sinnesorgane des Mediciners werden auf das ausgiebigste bei der Beobachtung beschäftigt und helfen das tiefe Dunkel lichten, die oft so versteckten und complicirten Leiden erkennen und in ihrem Zusammenhange verstehen, zum Nutzen und zur Ehre der Wissenschaft, zum Heile der Hülfe suchenden leidenden Menschheit. So greifen die Aerzte mit Begeisterung zu den verschiedenen Scopieen, zu neuen chemischen Untersuchungsmethoden, zu jeder Verfeinerung der Auscultation und Percussion. So findet das Mikroskop eine immer ausgedehntere und fruchtbringendere Anwendung, nicht nur in Laboratorien, sondern auch im Arbeitszimmer des practischen Arztes und selbst am Krankenbette. Jeder wissenschaftlich denkende und fühlende Mensch wird diese Heranziehung aller diagnostischen Hülfsmittel sicher mit Freuden willkommen heissen. — Aber, meine Herren, fast sollte es scheinen, als ob über diese complicirten Methoden die einfachsten, nächstliegenden etwas in den Hintergrund getreten sind, oft gar stiefmütterlich behandelt werden, als ob man die Untersuchung ohne weitere Waffen, als diejenigen, welche uns die Natur in ihrer Weisheit verliehen, nicht genügend übt und ausbildet, — als ob man zuweilen zu sehr in die Ferne schweift, um Nahes zu finden.

So zum Beispiel geht es mit den Beobachtungen mittels des Auges. Durch die verschiedenen Spiegeluntersuchungen, durch die chemischen Nachweise, durch das Mikroskop wird dasselbe

in hohem Maasse in Anspruch genommen und geschärft, aber die nächstliegende Verwendung desselben, die Verwendung zur einfachen Adspection, sie wird wenig geschult. Das unbewaffnete Sehen, der makroskopische Blick ist oft dem jungen Arzte wenig eigen, und doch ist die Adspection von grösster Bedeutung für die ärztliche Thätigkeit, wenn diese sich auch nur auf innere Leiden erstreckt, denn sie ist unsere erste Leiterin bei der Erforschung einer Krankheit. Wenn ein Kranker zu uns hineintritt, dann ist es, als ob man an einem Kreuzwege steht und nicht recht weiss, wohin man sich wenden soll. Wo sollen wir den Wegweiser finden, der uns auf die richtige Strasse leitet, zu dem Organ führt, das reperaturbedürftig ist? Wir können doch nicht jedesmal alle Wege bis an das Ende durchlaufen, um auf den richtigen zu kommen, wir können doch nicht jedesmal alle Organe des Patienten von Kopf bis zu Fuss auf ihre Functionstüchtigkeit prüfen, bis wir auch an das erkrankte gelangen. Wo sollte der beschäftigte Praktiker so viel Zeit hernehmen? Und wo wären die Patienten, die geneigt sind, bei jeder Klage gleich sich einer endlosen Untersuchung zu unterziehen? — Welches ist nun der Wegweiser? Sind es die subjectiven Angaben des Patienten, ist es die Anamnese? Nun ja, zum Theil sicherlich, aber nur zum kleinen Theil; denn erstens ist die Anamnese nicht stets zu erheben, — so bei benommenen Patienten, bei kleinen Kindern, — zweitens giebt es kaum was unzuverlässigeres, mehr die Skepsis des Arztes herausforderndes in der Medicin als die subjectiven Angaben des Kranken. Dabei will ich sogar zugeben, dass die Fälle, in denen die Patienten uns in seltener Kurzsichtigkeit so manches verheimlichen oder gar durch absichtlich unwahre Angaben mit grösster Schlaueit uns auf die falsche Fährte zu leiten suchen, zu den Ausnahmen gehören. Wer der Anamnese bedingungslos folgt, der wird gar oft vom richtigen Wege abirren, zu einem Ziele gelangen, an dem er nichts zu suchen hat und nichts findet. — Nein, meine Herren, die Anamnese ist es nicht, die uns die ersten zuverlässigeren Anhaltspunkte für die Richtung, in der sich unsere Untersuchung bewegen muss, giebt, sondern die Adspection des Kranken, sein Habitus und vor allem seine Hautdecken. Der Blick, das makroskopische Sehen, er muss unser Führer sein, denn gar viele innere Leiden drücken dem Aeusseren des Kranken ihren mehr oder weniger charakteristischen Stempel auf. Wenn wir sehn, dass berühmte Aerzte und Universitätslehrer so oft richtige Diagnosen, die anderen entgangen sind, und zutreffende Prognosen stellen, — und das zuweilen so schnell, dass sie für die ganze Untersuchung oft weniger Zeit brauchen, wie andere nur für die Anamnese, — so ist es nicht allein ihr tieferes Wissen, ihre grössere Uebung, ihre ausgedehntere Erfahrung, ihre eingehendere Untersuchung, die ihnen das ermöglichen, sondern vor allem auch ihre practische Gewandheit gleich auf das

richtige Organ loszusteuern. Diese Gewandheit aber verdanken sie ihrem geschulten ärztlichen Blick, der sie sofort auf die richtige Fährte lenkt, sie vor unsicherem und zeitraubendem Umhertasten bewahrt. — Von diesem Gesichtspunkte aus ist das Studium der Hautveränderungen, die Uebung darin, Anomalien auf der Körperfläche zu beobachten, zu beurtheilen und auch zu schildern, eine prächtige und wichtige Schule für den inneren Mediciner, für den practischen Arzt. Nicht nur mikroskopisch sehn muss man lernen, sondern auch makroskopisch, hat doch die Haut die dem Arzt in diesem Falle sehr willkommene Eigenschaft, sehr indiscret zu sein, viel auszuplaudern über den Character, den Gesundheitszustand, die Lebensweise ihres Inhabers einerseits — und über dieses alles muss der Arzt sich zu informiren suchen — wie über die Beschaffenheit seiner inneren Organe andererseits. An der Haut lesen wir ab, ob der Mensch Sinn für Sauberkeit und Ordnung hat, ob Furcht oder Scham sich leicht in ihm regen. An der Haut erkennen wir die etwaige schlechte Behandlung des so verschwiegenen Magens; und lange bevor manche intimen Vorgänge des Familienlebens oder, allgemeiner gesagt, des Geschlechtslebens das Licht der Welt erblicken, erzählt die Haut es urbi et orbi, welche Bereicherung der Zahl der Menschen bevorsteht. Die Haut ist es, die uns so manches organische Leiden gar leicht verräth: In's Sprechzimmer tritt ein Kranker von cyanotischem Aussehen, mit bläulichen Lippen, er klagt über Appetitlosigkeit, Magendrücken, er ist durch Blutbrechen in Schrecken gejagt, oder er leidet an hartnäckigen Durchfällen — der Adspectus leitet uns nicht auf Magen, Leber oder Darm, wie die Anamnese, er heisst uns auf Kreislaufstörungen fahnden, bedingt durch Herzfehler, Lungenemphysem etc.; wir erinnern uns, dass alle geklagten Erscheinungen von ihnen durch Stauung sich herleiten können, wir wissen, worauf wir in erster Reihe unser Augenmerk zu richten haben. Ein anderes Beispiel: Ein blasser, anämischer Patient mit leichtem Oedem der Augenlider sucht unsere Hülfe auf, Schwäche, Müdigkeit, vielleicht gar Sehstörungen sind seine Klagen. Der Gedanke an ein Nierenleiden muss sofort in uns auftauchen und uns leiten, natürlich ohne uns gleich vollkommen zu beherrschen. — Diesen und ähnlichen Fällen reihen sich andere an, in denen die Adspection uns nicht nur Anhaltspunkte, sondern geradezu entscheidende pathognomonische Erscheinungen bietet. Wir kommen an das Krankenbett eines Kindes, das fieberhaft ist, erbrochen, angeblich sich den Magen verdorben hat, ein Blick auf den Hals, auf die obere Brusthälfte und der verdorbene Magen entpuppt sich oft als schönster Scharlach.

Kurzum, meine Herren, die wichtige Fähigkeit der Untersuchung mittels des unbewaffneten Auges auszubilden, dazu dient eine genaue Kenntniss der organischen Hautveränderungen. — Zu noch weit grösserem Nutzen gelangen wir, als innere Medi-

ciner durch das Studium äusserer Merkmale, wenn wir uns auch die Wichtigkeit der Beachtung der functionellen Anomalien der Haut vor Augen führen. Die Prüfung der krankhaften Veränderung in der Secretion der Hautdrüsen und, was noch weit bedeutungsvoller und lehrreicher ist, der Sensibilitätsanomalien der Haut, sie ist ja speciell bei den Nervenkrankheiten von grösstem, ja oft allein von ausschlaggebendem Werthe. Die mit leichten Hilfsmitteln ausführbare Untersuchung der Sensibilität und der Hautreflexe, sie bringt ja erst Licht in das dunkle Gebiet der Krankheiten der nervösen Centralorgane. — Wenn ich es nun unternehme, von einem bestimmten Gesichtspunkte aus, der durch die Betheiligung der Hautdecke characterisirt ist, die inneren Krankheiten Ihnen hier vorzuführen, so werden Sie, das hoffe ich, als innere Mediciner ihn als berechtigt anerkennen, zumal wenn Sie bedenken, dass uns auch für unsere Auffassung pathologischer Vorgänge im Innern gar manchmal eine deutliche Aufklärung aus dem Studium äusserer Hautvorgänge erwächst; sind diese doch dem unbewaffneten Auge stets zugänglich, und können diese doch dem bewaffneten Auge durch leicht auszuführende, unbedeutende Eingriffe zugänglich gemacht werden.

Drehen wir nun aber den Spiess um, stellen wir uns auf den Standpunkt des Dermatologen! Hat für diesen eine Besprechung der Hautveränderungen bei innern Krankheiten einen Werth? Sie werden mir wohl zugeben, wenn ich sage, dass derselbe dann ein ebenso grosser, vielleicht noch ein grösserer ist, denn die genaue Kenntniss der Vorgänge in den inneren Organen ist das sicherste Fundament eines Dermatologen. — Der gewaltige Umfang der practischen Medicin, die höchst eingehenden Studien auf den einzelnen Gebieten haben ja eine Specialisirung derselben zur unbedingten Nothwendigkeit gemacht. Es ist absolut unmöglich für einen Menschen, und mag er die Vielseitigkeit und Leistungsfähigkeit eines Virchow haben, auch nur annähernd alle practischen Gebiete zu beherrschen, und es ging deshalb einfach absolut nicht ohne Theilung der Arbeit. So giebt es denn heute eine grosse Zahl von Disciplinen, und selbst in jeder noch Unterabtheilungen, von denen die eine diesen, die andere jenen Spezialisten mehr interessirt und zu Studien anregt. Es ist diese Arbeitstheilung also nöthig, soll sie aber gute, reife Früchte tragen, dann müssen die einzelnen Theile sich ihrer Zusammengehörigkeit bewusst bleiben, nicht in ehrgeiziger Weise nach einer selbstständigen Stellung streben, dann müssen alle einen Centralpunkt haben, in dem sie sich begegnen, um den sie sich gewissermassen herumcrystallisiren. Dass dieser gemeinsame Mittelpunkt nur von der inneren Medicin eingenommen sein kann, brauche ich Ihnen nicht zu betonen und zu beweisen. „Kein tüchtiger Specialarzt, der nicht ein guter innerer Mediciner ist“, das ist ein Fundamentalsatz, an dem nicht zu rütteln ist. Leider ist das aber nicht immer

der Fall, und das ist leicht erklärlich, wenn man sich vergegenwärtigt, welches der Bildungsgang der Specialärzte oft ist. Wie wird man gewöhnlich Dermatologe? Gleich nach dem Examen wird man Assistent in einer dermatologischen Klinik oder Poliklinik, in der man oft schon in der Studienzeit seine freie Zeit verbracht hat. Sofort stürmt die Unmenge der interessanten Details dieser aufblühenden Disciplin auf den jungen Assistenten ein und legt sein ganzes Denken und Trachten, seine ganze Arbeitskraft mit Beschlag. Er sieht nur Hautkranke und, wenn er auch im besten Falle von seinem Wissen auf dem Gebiete der innern Medicin nichts vergisst, so lernt er doch sicher wenig zu; das ist aber nach dem Examen noch sehr nöthig, denn die Studienzeit giebt nur die feste Basis, darauf weiter zu bauen ist ja der späteren Thätigkeit vorbehalten. Wie leicht kann es da geschehen, dass der Dermatologe sich etwas zu sehr von der Mutterwissenschaft entfernt, derselben eine gewisse Zurücksetzung zu Theil werden lässt! Dass es trotz dieser Ausbildung in Deutschland viele Dermatologen giebt, die den sichern Boden der innern Medicin nicht unter den Füßen verloren haben, ist ein ehrendes Zeichen ihres wahrhaft medicinischen Strebens, ihrer gründlichen Wissenschaftlichkeit. — Jedenfalls, glaube ich, kann es jedem Dermatologen willkommen sein, durch eine Zusammenstellung der inneren und äusseren Leiden, sich des Zusammenhanges mit der inneren Medicin immer wieder bewusst zu werden, zumal es ihn einerseits mit einem gewissen Stolze erfüllen muss, wenn die Betrachtung desjenigen Organs, dessen Studium er vornehmlich seine Thätigkeit gewidmet hat, sich als so fruchtbringend für die Ergründung der Erkrankungen innerer Organe erweist, und er andererseits vielleicht auch selbst manche Anregung für seine Specialstudien daraus schöpfen kann. Denn von grösster Wichtigkeit ist auch die Veränderung innerer Organe für die Beschaffenheit der Haut, geben doch innere Leiden gar oft die Ursache ab für Erkrankungen der Haut, und ist doch, will man nicht nur symptomatische sondern auch causale Therapie üben, die Feststellung der directen und indirecten Ursachen die erste Bedingung. Ist für den inneren Mediciner die Betrachtung der Hautanomalien vornehmlich ein Wegweiser für die Diagnose, so ist das Studium der inneren Leiden für den Dermatologen in erster Reihe wichtig für die Ergründung der Aetiologie; beide aber, Kenntniss der Diagnose und der Aetiologie, sind Vorbedingungen für eine richtige Therapie. Es ist vielleicht nicht ganz mit Unrecht — oft allerdings in sehr übertriebener Weise — der durch ihre Leistungen über alles Lob sonst erhabenen Hebra'schen Schule der Vorwurf gemacht worden, dass sie etwas in zu hohem Maasse Emancipationsbestrebungen gehuldigt hat, die Vorgänge im Gesamtorganismus gegenüber den Hautveränderungen etwas hat in den Hintergrund treten lassen, über die Haut den Menschen vergessen hat. Das

ist nimmer gut. Wenn wir ein Kind mit Ekzem an Nase, Oberlippe, Ohr behandeln und dabei nicht berücksichtigen, dass dasselbe an Scrophulose leidet, keinen Leberthran, keine passende Ernährung, keine Bäder, keine frische Luft verordnen, so werden wir, trotzdem die Scrophulose nur auf indirectem Wege zu dem Ekzem Veranlassung giebt, wohl durch Pasten etc. dasselbe beseitigen, aber für wie lange? — Wenn wir eine Acne rosacea mit Schälpasten, Scarificationen, Mikrobrenner, mit den besten Mitteln und Kunstgriffen bekämpfen, dann kann die Besserung niemals eine dauernde sein, wenn wir nicht gleichzeitig prüfen, ob die Verdauungsorgane in Ordnung sind, ob nicht Ulcera am Cervix uteri bestehen, und die gefundenen krankhaften Veränderungen gleichzeitig in den Bereich unserer therapeutischen Bestrebungen hineinziehen. Wenn wir Furunkel mit den heilkräftigsten Pflastermullen behandeln, wenn wir eine Balanitis zu beseitigen uns bestreben, es aber unterlassen, den Urin auf Zucker zu untersuchen, einen etwa vorhandenen Diabetes zu bessern, dann werden wir nichts leisten und nicht weiter kommen, als Sisyphus mit seinem Stein. —

Doch genug der einleitenden Worte, gehen wir ad rem! Hoffentlich gelingt es mir, Ihr Interesse für das gestellte Thema zu erwecken und zu fesseln!

I. Vortrag.

Krankheiten der Leber und der Gallenwege.

Hautfarbe bei Leberleiden. — Pathologie des Icterus; hämatogener und hepatogener Icterus; Entstehung des hepatogenen Icterus; Verhalten des Icterus bei den verschiedenen Erkrankungen der Leber. — Caput Medusae. — Verschiedene andere Hauterscheinungen. — Xanthom. — Leberflecken.

Meine Herren!

Man hört zuweilen den Laien von Jemand sagen: „der sieht leberkrank aus“, und es liegt oft etwas Wahres darin. Die mit Störungen der Leber Behafteten zeigen, wenn wir von der eigentlichen icterischen Färbung absehen, gar oft eine fahle, schmutzig graugelbliche, griesige Hautfarbe, die schwer zu schildern ist. Wenn man sich aber das Aussehen solcher Kranken einmal eingeprägt hat, dann hat dieselbe in der That etwas charakteristisches, wenn auch nicht pathognomonisches, denn wir finden dieselbe auch bei manchen anderen Krankheiten, besonders bei manchen Magenleidenden wieder, ohne dass wir eine Anomalie der Leber nachweisen könnten. Das beweist allerdings nicht, dass eine solche auch nicht vorhanden ist; bei den wichtigen Beziehungen, die zwischen den Functionen des Magens und der Leber schon kraft der Blutversorgung bestehen, ist ein Freisein der Leber bei Magenaffectionen, wie uns scheint, mit Sicherheit schwer zu behaupten. Sie werden mir zugeben, dass leichte Störungen der Leber unserem diagnostischen Forschen noch sehr wenig zugänglich sind. Ist schon der gestörte Chemismus des Magens trotz aller feineren Untersuchungsmethoden, trotzdem wir den Inhalt desselben mit Leichtigkeit jederzeit mittels der Sonde an das Tageslicht fördern und zu chemischen Prüfungen verwenden können, schwer zu ergründen, so entzieht sich eine leichte functionelle Störung der Leberthätigkeit erst recht unserer Erkenntniss. Bei den complicirten Vorgängen im Darm ist es fast unmöglich, die Betheiligung der einzelnen Verdauungsdrüsen an

Icterus.

den Verdauungsstörungen zu begründen, zumal die Chemie der Verdauung im Darm bei pathologischen Zuständen noch fast eine terra incognita ist. Mir will es scheinen, als ob so mancher sogenannte Magen- und Darmkatarrh mehr einen secundären Vorgang, bedingt durch pathologische Function der Leber, darstellt, deren active und passive Hyperämie, wenn sie nicht einen hohen Grad annimmt, der Erkennung wenig zugänglich ist; vielleicht richten wir auch unsere Aufmerksamkeit zu wenig darauf. Deshalb möchte ich rathen, wenn wir der geschilderten Hautfärbung bei Verdauungsstörungen begegnen, das als einen Wink zu betrachten, die Leber genau zu untersuchen. Eine weit, weit höhere Bedeutung aber kommt dem treuen Begleiter vieler Leberleiden zu, dem Icterus, dessen Auftreten und Schwinden, dessen Entstehungsweise und Dauer von grösster Wichtigkeit für die Erkennung und Beurtheilung derselben ist. Wir werden bei dieser wichtigen Hauterscheinung etwas länger verweilen müssen. Wir verstehen unter Icterus auf der Körperoberfläche eine je nach der Intensität, der Dauer des Bestehens und dem Grade der normalen Hautpigmentirung des Patienten leicht-citronengelbe, dunkelgelbe, gelbgrüne bis grünlichschwarze Verfärbung der Haut und der Conjunctiva, die entsteht durch Ablagerung von Gallenfarbstoff in den tieferen Schichten der Epidermis, des Rete Malpighii und des Corium. Die Zellen sind diffus mit Gallenfarbstoff durchtränkt, nur bei langem Bestande finden wir kleine, eckige gelbgrüne Partikelchen abgelagert. Weitere pathologische Veränderungen auf der Haut sind meistens bedingt durch den Icterus begleitenden, oft sehr heftigen Pruritus. Dieser reizt zum Kratzen, die Kratzeffekte bewirken den entzündlichen Zustand der Haut, der uns das Bild der Kratzezeme giebt. Auf welchem Wege der Pruritus entsteht, ist strittig. Während man im Allgemeinen annimmt, dass die Gallenfarbstoffe die Nervenendigungen reizen und dadurch das parästhetische Gefühl des Juckens auslösen, wollen andere die den Gallenfarbstoff begleitenden Gallensäuren anschuldigen, welche vasomotorische Störungen und dadurch Jucken bewirken. Wer Recht hat, ist schwer zu entscheiden, zumal so lange wir über das Wesen des Juckens und seine Ursachen im Allgemeinen so wenig aufgeklärt sind. Dagegen ist es wohl sicher, dass die, wenn auch selten, an das Jucken sich anschliessenden erythematösen und Urticaria-artigen Hautveränderungen vasomotorischen Anomalien ihre Entstehung verdanken. — Die Vertheilung der Gelbfärbung bei Icterus ist besonders im Beginn nicht immer eine gleichmässige. Spuren lassen sich oft nur an der Conjunctiva bulbi genau feststellen, besonders wenn man das Auge nach oben und unten wenden lässt und in der Nähe der Uebergangsfalten die Skleren genau betrachtet. Jedoch bedarf es hier einer gewissen Vorsicht, denn manche Sklera hat bei gesunden Menschen an genannter Stelle einen Stich in's Gelbliche, der durch subconjunctivales Fett und nicht

durch Gallenfarbstoff bedingt ist; man muss da nicht zu leicht mit der doch immer den Laien ängstigenden Diagnose Gelbsucht bei der Hand sein. Ist der Icterus weit ausgedehnt, dann ist er auch oft am Rumpf schon sehr ausgeprägt, wenn die Extremitäten noch frei erscheinen. Im Allgemeinen ist die Erkennung der Gelbfärbung um so leichter, je weniger Pigment die Haut des Kranken besitzt; sie ist also weniger schwierig bei blonden als bei brünetten Personen. Ausser vom Teint hängt die variirende Intensität der Verfärbung, wie gesagt, noch ab von der Dauer und deshalb von der Ursache des Icterus; denn der Icterus ist stets nur ein Symptom, niemals eine Krankheit. — Wenn wir uns nun die Frage nach der Ursache der Gelbsucht vorlegen, so spitzt dieselbe sich wiederum zu der Frage zu: Ist der Icterus immer eine Folge von Anomalien in der Leber und der Gallenausführungsgänge, deren Erkrankungen ich hier immer unter den Begriff der Leberkrankheiten subsummire, oder kann Gelbsucht bei normal beschaffener und normal functionirender Leber entstehen? Wir kommen damit auf ein viel umstrittenes Gebiet, das die Pathologen in zwei Lager getheilt hat.

Dass Icterus bei Leberstörungen entstehen kann, d. h. dass es einen hepatogenen Icterus giebt, das ist fraglos. Es giebt aber eine Reihe von Autoren, deren Zahl allerdings sichtlich in Abnahme begriffen ist, welche nicht jeden Icterus von anomalen Vorgängen in der Leber herleiten und noch eine, von der Leber unabhängige Bildung von Gallenfarbstoff im Blute, d. h. einen hämatogenen Icterus annehmen. Den Ausgangspunkt ihrer für die Existenz eines solchen beigebrachten Beweise bildet die Thatsache, dass, wie besonders Jaffé zweifellos bewiesen, der Gallenfarbstoff, das Bilirubin, identisch ist mit dem aus dem Blutfarbstoff, dem Hämoglobin, entstehenden Hämatoidin, man also in vitro Gallenfarbstoff aus Blutfarbstoff herstellen kann. Dazu kommen zahlreiche klinische Beobachtungen von Icterus, in denen man keine abnormen Vorgänge in der Leber annehmen zu können glaubt, dagegen ein Zerfall von Blutkörperchen, und damit ein Freiwerden von Hämoglobin statt hat, dessen Umbildung zu Gallenfarbstoff den Icterus ja mit Leichtigkeit erklären würde. Diese klinischen Beobachtungen werden gestützt durch die experimentellen Ergebnisse bei Vergiftungen mit Stoffen, die die Blutkörperchen zerstören, so dem Toluyldiamin und dem Arsenwasserstoff, und schweren Icterus bewirken. — Die Wucht dieser Argumente zu erschüttern, hat sich die Naunyn'sche Schule — vornehmlich Naunyn, Stadelmann und Minkowski — zur Aufgabe gemacht. Nach ihr giebt es keinen hämatogenen Icterus, wenigstens ist die Existenz desselben in keinem Falle erwiesen. Jeder Icterus ist ein Resorptionsicterus. Es ist hier nicht der Ort, die Reihe eingehender und geistvoller Arbeiten, die diese Ansicht begründen,

wiedergeben, nur ein kurzes Resumé finde hier Platz: Zweifellos ist ja zunächst, dass Gallenfarbstoff aus dem Blutfarbstoff entstehen kann, aber diese Frage ist ganz davon zu trennen, ob wirklich im lebenden und kreisenden Blute diese Umwandlung ohne die active Thätigkeit der Leberzellen vor sich geht und zu Icterus führt. Die Gallenfarbstoffbildung hört auf bei entlebten Thieren, und kann bei solchen auch nicht durch Toluylendiamin oder Arsenwasserstoff erzeugt werden. Der Icterus, der bei diesen Vergiftungen entsteht, ist kein im Blute entstandener, sondern verdankt seine Entstehung einer Polycholie, einer vermehrten Bildung von Galle. Das durch den Zerfall von Blutkörperchen frei werdende Hämoglobin wird bei seiner Passage durch die Leber von dieser mit Beschlag belegt und als Material zu einer Bildung von Gallenfarbstoff in den Leberzellen verwendet; dem vermehrten Material entspricht eine Vermehrung der Galle. Diese aber, einhergehend mit einer grösseren Dickflüssigkeit, führt zur Resorption; der Icterus ist also ein hepatogener und zwar ein polycholer oder, wie Afanassiew ihn nennt, ein hämato-hepatogener. Das Fehlen von Gallensäuren im Harn beweist nichts, da diese auch bei zweifellosem Resorptionsicterus vermisst werden. — Jedenfalls neigt sich heute die Waage sehr zu Gunsten der Naunyn'schen Lehre.

Doch, wie die Entscheidung auch fallen möge, für uns ist es jedenfalls der Resorptionsicterus, der in erster Reihe unser Interesse in Anspruch nimmt. Welche Verhältnisse sind es nun, die zur Aufnahme von Galle ins Blut, das, wenn wir von dem durch Dragendorff behaupteten Vorhandensein von Gallensäuren im Pferdeblute absehen, in der Norm frei von Galle ist, führen? Sehen wir von der schon erwähnten Polycholie als Ursache ab, so werden wir vornehmlich zwei Momente als Veranlasser der Gallenresorption zu erwägen haben: Erstens ist Steigerung des Partialdrucks in den Gallengängen, wie sie bedingt werden kann durch Eindickung der Galle und, was das häufigste ist, durch abnorme, dem Abfluss derselben entgegenstehende Hindernisse. Der normale Druck, unter dem die secernirte Galle abfließt, ist ja ein sehr geringer. Zweitens wird die gleiche Folge haben eine Herabsetzung des Blutdrucks. Es ist ja klar, dass normal der Druck in den Blutgefäßen höher sein muss, als derjenige in den Gallengefäßen; sinkt der Blutdruck, dann kann natürlich ein Uebertritt von Galle ins Blut leicht erfolgen. Wir können beide genannten Vorgänge allgemein so ausdrücken, dass eine Aenderung in dem Verhältniss des Druckes in den Blutgefäßen zu demjenigen in den Gallengängen zu Ungunsten der erstgenannten zur Gallenresorption führt. Heidenhain hat auch experimentell durch Herabsetzung des Blutdruckes in der Pfortader Icterus leicht hervorgerufen. — Nach diesen theoretischen Erörterungen wollen wir dazu übergehen, die verschiedenen

pathologischen Affectionen der Leber und Gallenausführungsgänge auf ihr Verhalten zum Icterus zu prüfen:

Jedes Moment, welches zu einer Verengerung der Abflusswege für die Galle führt, bewirkt Icterus, der natürlich um so stärker ist, je mehr die Verengerung sich dem absoluten Verschluss nähert, und um so rascher sich ausbildet, je acuter dieselbe eintritt. Im Uebrigen ist es für die Entstehung, selbstverständlich nicht für die Dauer des Icterus, gleichgültig, ob ein Schleimpfropf bei Catarrh der Gallenwege, ob Narben nach ulcerösen Processen in dem Ductus choledochus, ob eingeklemmte Steine und Parasiten den Verschluss bewirken, ob durch Druck eines Neoplasmas, welches sich im Hilus hepatis ausgehend von den Drüsen oder im Pankreaskopf entwickelt, der Gallenabfluss gehindert wird, oder ob Narbenstränge nach einer schleichenden Peritonitis den Ductus choledochus abklemmen. Ein acut ohne Schmerzen entstehender Icterus wird für catarrhalische Vorgänge sprechen; begleitet heftiger Schmerz die acute Entstehung, dann wird der Gedanke an eingeklemmte Gallensteine der erste sein. Eine langsame Entwicklung wird mehr für Narbenbildung, für Compression durch eine Neubildung sprechen, ein chronisches Bestehen einem chronischen Uebel entsprechen. Man wird natürlich immer die anderen Momente zu Hülfe nehmen müssen, um eine stricte Diagnose zu ermöglichen, und vor Allem auch der Beschaffenheit der Fäces für die Entscheidung über den Grad des Verschlusses seine Aufmerksamkeit zuzuwenden haben. Sehen wir uns einige Beispiele an: Ein bisher gesunder Mensch erkrankt ziemlich plötzlich mit Uebelkeit, Erbrechen, Mattigkeit ohne besondere Schmerzen; am dritten Tage der Erkrankung sehen wir ihn, wir finden etwas icterische Conjunctiva, röthlichen Urin mit aschgrauen Faeces, vielleicht eine etwas angeschwollene Leber. Wir werden wohl ruhig die Diagnose auf catarrhalischen Icterus stellen, eine weitere Zunahme des Icterus, bei passendem Verhalten aber einen guten Verlauf nach einigen Wochen prognosticiren können. Kommt dagegen ein sonst kräftiger Mensch von 50 Jahren zu uns, der über Verdauungsstörungen klagt, eine fahle Gesichtsfarbe, später einen Anfangs leichten, aber allmählich bis zur dunkelgelb-grünen Verfärbung zunehmenden Icterus bekommen hat, dann müssen wir sofort an ein Neoplasma denken und selbst dann den Gedanken nicht aufgeben, wenn wir dasselbe noch nicht palpatorisch nachweisen können. Selbst eine ausgesprochene Cachexie kann früher hervortreten, als ein verstecktes Neoplasma in der Umgebung des Ductus choledochus sich der Palpation zugänglich erweist. — Es können sich auch mehrere Vorgänge nach einander abspielen: Beispielsweise ein nicht zu grosser Stein, der an sich kaum den Gallenabfluss ganz verhindern könnte, bleibt im Ductus choledochus stecken, der auf seine Anwesenheit mit catarrhalischer Schwellung reagirt: der Gallenabfluss hört auf, starker Icterus. An dem Sitze des Steins ent-

steht ein Druckgeschwür in der Schleimhaut, der Stein lockert sich und tritt nach dem Darm durch: der Icterus schwindet. Nun entwickelt sich allmählich an Stelle des Geschwürs eine narbige Stenose des Ductus choledochus, die ihrerseits wieder Icterus bewirkt. Bei diesen Vorgängen würde leichter Icterus, dann schwerer Icterus mit Schmerzen vorhanden sein, auf den eine Zeit normaler Gallenabfluss folgt, an den sich dann wieder ohne Schmerzen eine sich schleichend entwickelnde Gelbsucht anschliesst. Nur der Verlauf des Icterus kann uns bei der Diagnose leiten. —

Hyperämia
hepatis.

Kommen wir nun zu den einzelnen Erkrankungen der Leber und ihrem Verhältniss zum Icterus! Zunächst die Hyperaemia hepatis. Die active Hyperämie führt selten zu Icterus, vielleicht ist sie bei Infektionskrankheiten zuweilen die Vermittlerin, jedenfalls ist der Icterus stets sehr leicht, nur an Conjunctiva, Gesicht und Rumpf erkennbar. Ebenso hat die Stauungsleber selten Icterus zur Folge, der dann auch keinen hohen Grad annimmt; bei den Leiden, in deren Gefolge sich Stauung in der Leber einstellt, so besonders bei den Herzkrankheiten, werden wir auf dieselbe zurückzukommen haben. Die Entstehungsweise der Gelbfärbung bei der einfachen Leberhyperämie ist nicht immer klar darzulegen. Ist die Compression der Gallenausführungsgänge durch die überfüllten Blutgefässe die Ursache? Haben die Druckverhältnisse eine der Gallenresorption günstige Aenderung erfahren? Ist eine gleichzeitige Schwellung der Schleimhaut in den Ausführungsgängen der Galle von Bedeutung? Entspricht dem vermehrten Blutzufluss eine Polycholie? Oder verdankt, was das Wahrscheinlichste ist, der Icterus dem gemeinsamen Zusammenwirken aller dieser Momente seine Entstehung? —

Leber-
abscess.

Der Leberabscess, ein bei uns seltenes Leiden, ist wohl kaum die Ursache eines erheblichen Icterus, da er doch immer nur einen Theil der Leber befällt und die gesunden Abschnitte abgesehen von collateraler Hyperämie normal bleiben können. Die böseste Form der Gelbsucht, den Icterus gravis, zieht die acute gelbe Leberatrophie nach sich durch Exsudationen und Detritusbildung in der Leber: Alle schweren Folgezustände des Icterus, die ich Ihnen hier nicht weiter aufführen will, sehn wir bei diesem Leiden, ähnlich wie bei der Phosphorvergiftung ausgeprägt.

Acute gelbe
Leber-
atrophie.

Leber-
cirrhose.

Die Lebercirrhose bietet in Bezug auf den Icterus ganz verschiedene Bilder, je nachdem sie als atrophische oder hypertrophische Lebercirrhose auftritt. Ich kann natürlich auf die Differenzen der Ansichten über die Verwandtschaft und Zusammengehörigkeit beider Formen hier nicht eingehen, ich muss mich bescheiden, Ihnen die für unseren Gesichtspunkt interessanten Verschiedenheiten darzulegen. Neben dem nicht stets constanten Verhalten in Bezug auf die Grösse der Leber, und den Ascites ist grade der Icterus dasjenige Symptom, durch welches

sie von einander abweichen. Die atrophische Lebercirrhose macht gar keinen, oder nur nach langem Bestehen des Leidens eintretenden mässigen Icterus, dagegen ist starker Icterus die erste und während des ganzen Leidens die Scene beherrschende Erscheinung bei der hypertrophischen Cirrhose, eine Bezeichnung, die, wenn man wie üblich unter Cirrhose Bindegewebs-schrumpfung versteht, eine *contradictio in adjecto* enthält. Die Erklärung für das Verhalten der letztgenannten Form gegenüber dem Icterus ist leicht; da die Bindegewebswucherung bei ihr von den Gallengängen ausgeht, ist Stauung und Resorption der Galle die erste Folge. Nicht so einfach ist es das geringe Hervortreten der Gelbsucht bei der atrophischen Lebercirrhose zu verstehn. *A priori* müsste man doch annehmen, dass das schrumpfende Bindegewebe durch Compression der Gallengänge erst recht Icterus bewirkt, zumal eine Verminderung der Gallensecretion nicht statt hat. Die Leberzellen bleiben lange intact, und Material geht trotz der Verödung der Pfortaderäste durch die Erweiterung der arteriellen Blutbahn der Leber in genügendem Maasse zu. Zur Erklärung greift man einerseits darauf zurück, dass die Bindegewebswucherung von den portalen Gefässen ausgeht und erst spät die Gallengefässe alterirt, andererseits eine, auch bewiesene, der Bindegewebswucherung parallel gehende Neubildung von Gallenwegen und Erweiterung der vorhandenen stattfindet. Ganz genügend ist diese Deutung aber nicht, hoffentlich gelingt es uns mit der Zeit noch tiefer in die Sachlage einzudringen.

Bei Fettleber und Amyloidleber fehlt der Icterus fast immer, was für die Diagnose nicht unwichtig ist, bei dem *Echinococcus hepatis* ist das Verhalten ähnlich wie bei dem Abscess. Dass beim multiloculären *Echinococcus* der Icterus häufiger und stärker ist, als bei dem uniloculären, ist ja leicht verständlich, da ja mehr Theile der Leber bei ersterem pathologisch verändert sind. Unter den Tumoren ist das Lebercarcinom das häufigste und verderblichste. Es führt in der Hälfte der Fälle auf rein mechanischem Wege durch Compression der Gallenausführungsgänge zu Icterus. Ist dieser erst eingetreten, dann ist er sehr hartnäckig, nimmt immer mehr zu bis zu den höchsten Graden, die man als Melas-Icterus bezeichnet. Dieser zusammen mit der Cachexie bietet in vorgeschrittenen Stadien ein sehr charakteristisches Bild. — Der Vollständigkeit halber sei noch des zuweilen vorhandenen leichten Icterus bei der Perihepatitis, des oft sehr hochgradigen bei Pyelophlelitis suppurativa, des Fernbleiben desselben bei der Stenose der vena portarum gedacht.

Fettleber.
Amyloid-
leber.
Echino-
coccus.

Leber-
carcinom.

Parhepatitis.
Pyelophlelitis
Stenosis
venae porta-
rum.

Nachdem wir die Beziehungen der Leberleiden zum Icterus, als dem hervorragendsten Symptom auf der Haut, im Zusammenhang besprochen, bleibt uns noch übrig, die sonstigen durch sie bewirkten Veränderungen auf der Körperoberfläche zu erörtern: Es ist selbstverständlich, dass, wenn eine Leberschwellung sich

an ein Trauma anschliesst, dem Grade desselben entsprechend, an der betreffenden Hautstelle Veränderungen sich finden werden; ebenso, dass, wenn ein Abscess oder ein vereiterter Echinococcus nach aussen durchzubrechen sich vorbereitet, Röthung und Verdünnung der Haut den Durchbruch ankündigt. Besonderer Betonung bedarf es auch nicht, dass bei Verdacht auf eine syphilitische Lebererkrankung die genaue Besichtigung der Haut auf luetische Reminiscenzen nöthig ist. Dagegen ist es von grösstem Interesse, die Veränderungen an der Bauchhaut zu erörtern, die sich ausbilden, wenn in der Leber Schrumpfungsprocesse entstehen, die den Blutkreislauf behindern, wie es ja vor allem bei der atrophischen Cirrhose der Fall ist. Wenn das schrumpfende, neugebildete Bindegewebe die Pfortaderäste comprimirt und zur Verödung bringt, tritt natürlich im ganzen Pfortaderkreislauf eine bedeutende Stauung ein, die sich vor allem durch einen Ascites kennzeichnet. Das Blut hat nun das lobenswerthe Bestreben, sich andere Bahnen zu schaffen, um zum rechten Herzen zu gelangen, d. h. einen Collateralkreislauf zu bilden. Der findige Blutstrom sucht sich nun einen Weg durch den Restkanal der fötalen Vena umbilicalis, des Ligamentum teres. Baumgarten hat gezeigt, dass die Vena umbilicalis meistens nicht vollständig obliterirt; es bleibt noch ein Kanal bestehen, der für eine feine Sonde durchgängig ist. Durch diesen Kanal, seltener durch eine fötale Parumbilicalvene, dringt nun das Blut aus den Venae epigastricae durch eine oder mehrere Venen und gelangt dann aus der Pfortader, mit Umgehung der Leber, in die Vena cava und das rechte Herz. Bleibt noch ausnahmsweise der Ductus venosus Arantii durchgängig, dann ist noch eine weitere directe Verbindung zwischen Pfortaderblut und Vena cava vorhanden. Die varicösen Erweiterungen der Venen, die sich bei diesem neuen Collateralkreislauf um den Nabel herum bilden, geben einen Gefässkranz, der als Caput Medusae bezeichnet wird. Das Vorhandensein eines solchen ist von grösstem Werthe für den Patienten, da dadurch lange Zeit die bösen Folgen der Stauung hintangehalten werden. Es muss deshalb das Auftreten dieser Hauterscheinung als günstiges Prognosticon mit Freuden begrüsst, ihre Entstehung nach Kräften befördert werden. Dieses bethätigt man am besten, wenn man dafür sorgt, dass ein etwa sich bildender Ascites bei der Cirrhosis hepatis baldmöglichst durch Punction beseitigt wird, denn der Ascites ist natürlich ein Hinderniss für die Entstehung dieses Collateralkreislaufes. Er spannt die Bauchdecken, comprimirt die Venae epigastricae und erschwert es dem Blute, sich durch die Bauchdeckengefässe einen Weg zu bahnen. Es ist dieses wohl auch der Grund, dass man leider nur selten das Caput Medusae zu Gesicht bekommt; deshalb mache man sich früh zu punctiren zur Regel! —

Caput
Medusae.

Von sonstigen Hautaffectionen will ich noch erwähnen, das

Auftreten von Roseola, von Petechien bei der acuten gelben Leberatrophie, des zuweilen vorkommenden Entstehens einer Urticaria nach Punction eines Echinokokkussackes oder Perforation eines solchen in die Peritonealhöhle; wahrscheinlich gelangen hier Stoffe ins Blut, die zum vasomotorischen Centrum in Beziehung stehen. — Von Addison wird auf ein alabasterfarbiges Aussehen und sammetartiger Beschaffenheit der Haut im Gesicht und an den Händen bei Kranken mit Fettleber hingewiesen; das ist aber wohl nichts für Fettleber, sondern nur etwas für Adipositas nimia im allgemeinen charakteristisches.

Ich kann die Besprechung der Leberkrankheiten nicht schliessen, ohne eines Hautleidens zu gedenken, dessen Zusammenhang mit Leberaffectionen von der einen Seite ebenso behauptet, wie es von der anderen bestritten wird, nämlich des Xanthoms, Xanthom. des Xanthelasma vitiligoidea. Es sind dieses bekanntlich licht- oder dunkelgelbe Streifen, Platten oder Hervorwölbungen der Haut, die vereinzelt oder in Gruppen confluirend auftreten, nicht schmerzen und keine Neigung zur Rückbildung zeigen. Beobachtet hat es zuerst Rayer, Gull nannte es Vitiligoidea, Wilson Xanthelasma. Man unterscheidet zwei Formen, das Xanthelasma planum und Xanthelasma tuberosum. Ersteres sitzt mit Vorliebe an den Augenlidern, oft symmetrisch, kann aber auch an anderen Stellen der Haut und selbst an der Schleimhaut auftreten. Es sind flache, glatte, sich sammetartig weich anfühlende, gelbgefärbte Stellen ohne jede Schuppung. Die Haut ist leicht in einer Falte aufhebbar. Das Xanthoma tuberosum besteht aus kleinen, oft zu grösseren Neubildungen sich summirenden, lappigen Neubildungen, die mit Vorliebe an Gelenken, Knie und Ellbogen, sitzen. Beide Formen können auch nebeneinander vorkommen. Zweifellos nachgewiesen ist für dieses Leiden als äthiologisches Moment nur die Heredität, daneben spielt auch der Icterus in der Literatur als Ursache desselben eine grosse Rolle. Gegen die Richtigkeit der angenommenen Beziehungen zum Icterus spricht gar Vieles. Erstens steht der Häufigkeit des Icterus die Seltenheit des Xanthoms gegenüber; zweitens ist nur in einem Theil der Fälle Icterus bei oder vor Xanthombildung beobachtet; Kaposi hat allerdings Icterus in 15 Fällen von 36, Hutchinson aber nur in 6 Fällen von 36 nachgewiesen. Ist also wohl sicher, dass Xanthom ohne Leberleiden vorkommen kann, so ist es doch nicht auszuschliessen, dass Leberaffectionen den Anstoss zur Xanthombildung zu geben vermögen, ebenso wie manche andere unbekannte Ursachen, die vielleicht nach neueren Vermuthungen auch bacterieller Natur sein können. Sollte man aus der Farbe des Xanthoms einen Schluss auf eine Herleitung desselben vom Icterus ziehen wollen, dann wäre derselbe sofort hinfällig; denn die Farbe ist, wie mikroskopische Untersuchungen gelehrt, nicht durch Gallenfarbstoff, sondern durch Einlagerung von Fettkörnchen und Fettkugeln bedingt. — Ist der Zusammen-

hang des Xanthoms mit Leberleiden noch immer nicht a limine abzuweisen, so ist das aber sicher der Fall bei den Hautverfärbungen, die der Volksmund als Leberflecken bezeichnet. Diese Chloasmen. Chloasmen haben ihre Ursachen in Veränderungen aller möglichen Organe, am wenigsten vielleicht gerade in denjenigen der Leber. Man kann hier also nicht die vox populi als vox dei respectiren.

II. Vortrag.

Krankheiten der Verdauungsorgane.

Modus der Entstehung von Hautveränderungen bei Erkrankungen der Verdauungsorgane. — Erkrankungen des Mundes. — Erkrankungen des Oesophagus. — Acute Erkrankungen des Verdauungstractus. — Chronische Erkrankungen des Verdauungstractus.

Meine Herren!

Wenn die Menschen einen Hautausschlag bekommen, dann ist das erste, was sie thun, dass sie sich ein ordentliches Abführmittel holen, am liebsten Bitterwasser; hilft dies nicht, dann geht es an die Blutreinigungsthee's und die Blutreinigungspillen, die ja doch auch nur darmentleerende Mittel sind. Erst, sobald diese allen Medicamente sich als nutzlos erweisen, sobald sich der Magen gegen diese unbequemen Reizmittel sträubt, dann suchen sie vielleicht den Arzt auf, wenn nicht noch vorher die volksthümlichen äusseren Heilmittel durchprobt werden. Es beweist dieses, dass im Volksglauben — und derselbe enthält unter vieler Spreu manches Körnchen Gold —, eine jede Hautanomalie im Blute seine Ursache hat, d. h. in irgend einem inneren Organe und vornehmlich im Magen. Sehen wir nun zu, in wieweit dieser Glaube vor der kritischen Sonde der Wissenschaft Bestand hat. Der Weg, auf dem Erkrankungen der Verdauungsorgane zu Hautveränderungen führen können, wäre wohl ein dreifacher: Erstens können dieselben per continuitatem an den Begrenzungen von Haut und Schleimhaut — an Mund und After — auf die Haut sich fortpflanzen, resp. durch die entstehenden Secrete an diesen Stellen krankhafte Erscheinungen bewirken; das ist ja ohne weiteres klar. — Zweitens können organische Veränderungen in der Beschaffenheit des Verdauungstractus reflectorisch Hautanomalien hervorrufen; der Vorgang ist nicht immer sehr klar, hat aber in den bekannten zahllosen reflectorischen Beziehungen der einzelnen Organe ein Analogon. — Drittens kann auf chemischem

Wege ein Hautreiz bei Verdauungsstörungen bewirkt werden, indem durch Anomalieen im Chemismus, durch abnorme Zersetzungen bei ungeordneter Digestion Stoffe sich bilden, die in die Blutbahn gelangen und zu Erkrankungen der Körperoberfläche führen. Dieses kann nun wiederum in doppelter Weise geschehen: Es können diese schädlichen Stoffe durch die Hautdrüsen ausgeschieden werden und während dieser Wanderung durch die Haut in derselben pathogen wirken, also auf directem Wege; — oder sie können im Blute kreisend indirect durch Reizung der Nerven, der sensibeln, motorischen, vasomotorischen, secretorischen und trophischen zu pathologischen Veränderungen führen. — Also der Wege giebt es viele; es dürfte uns nicht Wunder nehmen, wenn auf irgend einem derselben symptomatische Hauterkrankungen entständen, deren causa im Gastrointestinaltractus zu suchen wäre. Allerdings ist es nicht leicht, den Zusammenhang stets zu beweisen oder gar den Weg klar zu legen, dazu sind diese Vorgänge doch zu complicirt und dazu spielen auch grade hier zu viel Idiosyncrasien mit, die bei Schlüssen von einem Falle auf viele zu grösster Vorsicht mahnen. Jedenfalls werden wir suchen müssen so viel wie möglich in die Mysterien einzudringen:

Erkrankun-
gen des
Mundes.

Gehen wir von diesen allgemeinen Ausführungen gleich über zu der Besprechung der Erkrankung der normalen Eingangs-pforte der Speisen: des Mundes. Haben wir aus irgend einem Grunde einen Catarrh der Mundschleimhaut oder Aphthen und Aehnliches mit starker Schleim- und Speichelabsonderung oder besteht ein starker Ptyalismus, dann wird es uns nicht wundern, wenn, besonders bei zarter Haut, wie wir sie ja bei Kindern finden, eine Maceration der Haut der Unterlippe entsteht, die sich zum Ekzem steigern kann; die in solchen Fällen vorhandene saure Beschaffenheit des überfließenden Mundinhalts ist der Haut nicht zuträglich. — Zu schwereren Zuständen kann per continuitatem die Stomatocace führen, und zwar gerade die als unschuldige umschriebene Erosion an der Innenfläche der Wange, oft entsprechend einem cariösen Zahn entstandene. Aus der Erosion wird ein Geschwür, dieses wird inficirt und es kann schliesslich zur Necrose der ganzen Wange sammt der äusseren Haut kommen. Wir haben das Bild der Noma, eine gangränöse Zerstörung. Natürlich entsteht nicht jede Noma auf diesem Wege, aber manche. — Dass die so häufigen syphilitischen Erkrankungen im Munde und Rachen oft mit Hautanomalien einhergehen oder ihnen folgen und nur durch Betrachtung der Haut als specifisch erkannt werden können — dass bei der Differentialdiagnose zwischen einem Gumma und einem Carcinom der Zunge syphilitische Reminiscenzen auf der Haut oft ausschlaggebend sind —, das bedarf wohl keiner Betonung. Hervorheben möchte ich nur noch, dass bei der Leukoplakia oris zur Ergründung der Aetiologie in erster

Reihe auf Syphilis, in zweiter aber auch auf Lichen ruber der Haut gefahndet werden muss; da die Therapie hier Arsenik, dort Quecksilber erheischt, ist es natürlich wichtig, die Ursache zu kennen. Ich darf wohl einen interessanten Fall hier einfügen, den ich im Wiener allgemeinen Krankenhause zu sehen Gelegenheit hatte: Ein Mann ist wegen Lichen planus mit Leukoplakia oris in klinischer Behandlung und benutzt diese Zeit, um dort Bekanntschaft mit einem in derselben Anstalt zu einer antisypilitischen Kur befindlichen weiblichen Wesen anzuknüpfen. Nach beider Entlassung gestaltet sich diese Bekanntschaft zu einem intimen Verkehr, aus dem der Mann eine exquisite Syphilis davonträgt, zu deren Beseitigung er später neuerdings das Krankenhaus aufsucht. Wäre die Vergangenheit des Patienten nicht bekannt gewesen, dann hätte man die Leukoplakie als eine syphilitische später aufgefasst, während der Lichen ruber sie bewirkt hatte. — Die luetische Leukoplakie combinirt sich auch nicht selten mit Veränderungen am Mundwinkel und dem Lippenrand in Gestalt schnell wachsender Wucherungen, die man gemeinhin als condylomatöse zu bezeichnen pflegt. Ich will es dahingestellt sein lassen, ob diese Bezeichnung eine passende ist, da es sich doch um Vorgänge handelt, die sich viele Jahre nach der Infection abspielen in einem Stadium, dem die Bezeichnung „gummös“ eher zukommt, als „condylomatös“.

Ich will nicht weiter eingehen auf die vielen Efflorescenzen, die sich bei allgemeinen Ausschlägen im Munde wie auf der Haut localisiren, von manchen wird bei den Infectiouskrankheiten die Rede sein; nur eine Erkrankung möchte ich hier hervorheben, den Pemphigus des Mundes, der dem Pemphigus der Haut Monate, sogar Jahre vorausgehen kann: Im Munde und Rachen entstehen allmählich verschieden grosse, unregelmässige, weisse oder weissgraue Auflagerungen, die zu grossen Membranen zusammenfliessen können, Speichelfluss und Foetor ex ore bedingend. In ihrer ominösen Bedeutung werden diese Erscheinungen oft erst dann erkannt, wenn charakteristische Blasen auf der Haut auftreten; sie fordern also stets zu einer sorgfältigen und oft zu wiederholenden Durchmusterung derselben auf. —

Folgen wir nun weiter dem Verdauungstractus, so ist, bevor wir uns dem Magen zuwenden, noch der Stenosen des Oesophagus zu gedenken, bei denen man nie vergessen darf die syphilitische Entstehung in Erwägung zu ziehen und dazu eine genaue Inspection der Haut vorzunehmen. Besonders wenn es sich um nicht sehr cachectische Individuen handelt und wenn caustische Ursachen auszuschliessen sind, muss man der Syphilis gedenken. —

Stenosen
des
Oesophagus.

Der acute Magencatarrh oder, allgemeiner gefasst, die acute Dyspepsie sowie der acute Magendarmcatarrh, welche, wenn sie sich mit Fieber combiniren und auf das Allgemeinbefinden sehr schädigend einwirken, das Bild des gastri-

Acute Er-
krankungen
des Magens
und Darms.

schen Fiebers giebt — eine Bezeichnung, die als Beschönigungsdiagnose für Typhus abdominalis leider gar oft gebraucht wird —, zeigt als häufigstes Vorkommniss auf der Haut den Herpes labialis oder — nach Hebra — Herpes facialis. Letztere Benennung ist entschieden die richtigere, denn wenn der Herpes sich auch am häufigsten an den Lippen, besonders am Uebergang der Schleimhaut in die äussere Haut als eine Gruppe kleiner Bläschen auf etwas entzündeter Basis localisirt, so findet man ihn doch auch in gleicher Weise zuweilen an der Nase, den Oberlippen, den Augenlidern, der Conjunctiva etc. Der Herpes facialis hat bei den acuten Magenerkrankungen eine diagnostische Bedeutung, die nicht über-, aber auch nicht unterschätzt werden darf. Gar oft ist ein Status gastricus febrilis, ein gastrisches Fieber nicht leicht zu unterscheiden von einem beginnenden Abdominaltyphus. Remittirendes Fieber, Durchfälle, Ileocoecalgurren, Meteorismus können den Verdacht letztgenannter Erkrankung erregen: man schickt sich an eine länger dauernde Erkrankung zu prognosticiren — da wirkt das Auftreten eines Herpes labialis zuweilen wie eine Erlösung, denn man weiss erfahrungsgemäss, dass derselbe, so gern er sich an die Ferse acuter Magencatarrhe etc. heftet, beim Abdominaltyphus nur selten vorkommt, so selten, dass man berechtigt ist, aus seinem Auftreten mit einiger Wahrscheinlichkeit einen Schluss auf eine leichtere Erkrankung zu machen. Absolut unmöglich ist das Auftreten eines Herpes beim Unterleibstyphus auch nicht, aber wir müssen uns meistens in der Medicin mit grossen Wahrscheinlichkeiten begnügen. Wir werden natürlich nicht etwa auf dieses eine Symptom pochen, sondern alle übrigen für die Beurtheilung des Falles auch heranziehen. Dieselbe differentialdiagnostische Bedeutung kommt, um es hier schon zu erwähnen, dem Typhus abdominalis gegenüber dem Herpes auch bei Pneumonie und Meningitis zu. Neben dem Werthe als diagnostisches Moment wird der Herpes von vielen Autoren auch in Bezug auf die Prognose als bedeutungsvoll bezeichnet — und zwar im günstigen Sinne. Es wird von erfahrenen Aerzten behauptet, dass der Ausbruch eines Herpes einen Ausgang in Genesung prognosticiren lasse; ob mit Recht, ist schwer zu entscheiden. Jedenfalls ist es kein unwillkommenes Symptom. —

Wir können den uns hier zum ersten Male begegnenden Herpes facialis nicht verlassen, ohne näher auf die Art seiner Entstehung einzugehen. Wie hat man sich den Zusammenhang der fieberhaften Erkrankungen mit dem Herpes zu denken? Ist der Herpes als eine Folge gestörter Innervation aufzufassen, als ein Analogon des Herpes zoster? Sind vasomotorische Störungen im Spiel? Entstehen die Anomalien der Haut auf dem Wege des Reflexes? Oder ist die Eruption der Bläschen bedingt durch irgend welche im Blute kreisenden anomale Substanzen? — Am einfachsten wäre es ja, wenn wir den Herpes facialis mit dem

Herpes zoster parallelisiren könnten, wissen wir doch bei diesem bestimmt, dass er Veränderungen in den Ganglien oder Nerven seine Entstehung verdankt. Bärensprung, der ja zuerst pathologisch-anatomische Veränderungen in den Ganglien als Ursache des Zoster fand, hatte diese Auffassung auch getheilt, und den Herpes labialis auf Reizung peripherer Ganglien zurückgeführt. Aber so ganz stimmt diese Erklärung doch nicht, denn man kann nicht behaupten, dass der Herpes labialis sich an den Verlauf bestimmter Nervenbahnen bei seiner Ausbreitung bindet. Gerhard nimmt an, dass die Bläschenbildung auf Reizung der Nerven beruht, die bewirkt wird durch die bei fieberhaften Zuständen vorhandene starke Füllung der Blutgefäße des Kopfes. Da diese in denselben engen Kanälchen die knöcherne Schädelhülle passiren, wie die Nerven, üben sie auf die betreffenden Aeste des Trigeminus einen Druck aus, den dieselben mit einem Bläschenausbruch beantworten. Das ist ja eine ganz hübsch klingende, wenn auch etwas gekünstelte Hypothese. Ist aber das Vorhandensein einer abnorm starken Füllung der Blutgefäße in jedem Falle von Herpes facialis bewiesen oder wahrscheinlich? Und giebt es andererseits nicht aus anderen Gründen oft einen erheblichen Blutzustrom zum Kopfe, ohne dass ein Herpes zu Stande käme? Hinreichend klar ist diese Hypothese auch nicht, es bleibt also der Zukunft anheimgegeben, das Dunkel des Zusammenhanges zwischen inneren Erkrankungen und dem Herpes facialis zu lichten; das eine können wir wohl festhalten, dass eine Nervenreizung bei der Entstehung des Herpes facialis mitspielt. — Wenn wir oben gesehen haben, dass der positive Befund eines Herpes eine Erscheinung ist, die gegen die Diagnose „Typhus abdominalis“ spricht, so kann ich hier auch gleich erwähnen, dass ein negativer Befund auf der Haut, das Fehlen einer Roseola, in derselben Richtung noch viel bedeutsamer ist. Ein zweifelloser Roseolafleck macht alle Diagnosen, wie fieberhafter Magencatarrh, gastrisches Fieber etc. zu Schanden, besiegelt den Unterleibstyphus, und wenn selbst der schönste Herpes vorhanden ist. —

Weitere Hautanomalien, die bei acuten Verdauungsstörungen vorkommen, sind Erytheme verschiedenster Art und die Urticaria. Genau genommen sind diese allerdings nicht als Folgen der betreffenden krankhaften Veränderungen aufzufassen, stehen vielmehr in einer directen Abhängigkeit von der betreffenden Noxe. Sie erscheinen parallel mit den dyspeptischen Erscheinungen als Folgen derselben Ursache; es sind Erythemata toxica und Urticaria ab ingestis, die in dieselbe Kategorie gehören wie die Arzneiexantheme und alle Intoxicationsexantheme, deren Erörterung uns hier zu weit führen würde. Besonders von der Urticaria ist es ja bekannt, dass ein Mensch nach Erdbeeren, der andere nach Hummermajonnaise, der dritte nach Champagner von einem oft sehr ausgebreiteten

Nesselausschlag befallen wird, der sich jedesmal wiederholt, so oft sie die betreffende Speise oder das betreffende Getränk zu sich nehmen oder auch nur auf die Zunge bringen. Gerade letzterer Umstand, dass schon die Reizung der Geschmacksnerven die Hautanomalien hervorzurufen vermag, ist von Bedeutung für die Erklärung des Vorganges. Es ist ja nicht zweifelhaft, dass dabei noch keine etwa schädlichen Substanzen in den Magen und den Blutkreislauf gelangen, es kann sich also nur um reine Reflexvorgänge handeln, die im Einzelfalle stets auf einer uns unerklärbaren Idiosynkrasie gegen die betreffenden Substanzen beruhen. Es sind analoge Erscheinungen, wie die Erytheme, die nach Reizung der Harnröhre, beispielsweise durch Sabina, bei manchen Individuen auftreten und doch auch nur auf dem Wege des Reflexes zu erklären sind, womit ich aber nicht behaupten will, dass durch den Gebrauch des Wortes „Reflex“ der Vorgang unserem Verständniss viel näher gerückt ist; aber man hat doch wenigstens einen wissenschaftlichen Namen und man muss bei Erforschung der Naturgeheimnisse oft noch sehr bescheiden sein und sich damit schon zufrieden geben. Man hat oft behauptet, dass nicht die Reizung der Geschmacks- oder Magennerven nöthig sei, um diesen Reflex auszulösen, schon das Bewusstsein, das betreffende Nahrungsmittel zu sich zu nehmen, zumal, wenn dasselbe mit einem Gefühl von Ekel verbunden ist, bringe auf psychischem Wege die betreffenden Hautveränderungen zu Stande. Es hat sich das als nicht stichhaltig erwiesen, wenn es auch gelang, das mit der betreffenden Idiosynkrasie behaftete Individuum über den Genuss der gefürchteten Substanz hinwegzutäuschen, trat doch die Urticaria resp. das Erythem ein.

Chronische
Erkrankun-
gen des
Magens und
Darms.

Mit Uebergang derjenigen Hautveränderungen, die bei acuten Störungen im Verdauungstractus auftreten durch secundäre Mitbetheiligung anderer Organe, also z. B. des Icterus catarrhalis bei Fortpflanzung eines Duodenalleidens auf die Ausführungsgänge für die Galle, kommen wir zu den chronischen Erkrankungen des Magens und Darms, die wir zu dem vorliegenden Zwecke fast alle zusammenfassen können. Sie stehen alle zu gewissen Formen von chronischer Urticaria, Ekzemen, Acne vulgaris und Acne rosacea, Seborrhoe, Pruritus, Furunculosis etc. als ursächliche Momente in Beziehung, wenn auch nicht in dem Maasse, wie es im Volke geglaubt wird. Der Beweis für diesen Zusammenhang ist ein Beweis ex juvantibus et nocentibus, und derartigen Beweisen soll man ja ein gewisses Misstrauen stets entgegenbringen. Es ist also eine Portion Skepsis sicher dabei geboten, aber ganz lassen sich die Beziehungen nicht von der Hand weisen. Die alltägliche Beobachtung, die Erfahrung alter Aerzte, denen man eine zu eingreifende und sehr wirksame Localbehandlung von Hautleiden nicht unterschieben kann, lehren, dass, wenn man

dyspeptische Zustände regelt, bestehende Ekzeme schwinden, die Acne rosacea erblasst, quälendes Jucken aufhört u. s. w. Brunnenkuren in Karlsbad, Marienbad, Kissingen haben sich oft als vorzügliche dermatotherapeutische Massnahmen erwiesen. Besonders ist eine bestehende Obstipation als ätiologisches Moment wichtig, und daher eine alte Regel, dieselbe bei Behandlung eines jeden Hautleidens zu berücksichtigen. Es ist ja auch denkbar, dass, wenn die Entleerung der Fäces stockt, gar mancher schädliche Stoff, der zur Excretion bestimmt ist, im Darm zurückbleibt, zur Resorption gelangt und Unheil wie an andern Stellen des Körpers so auch an der Haut anrichten kann. Man hat in jüngster Zeit diesem Punkte mehr Aufmerksamkeit zugewandt und da manchmal ganz interessante Ergebnisse gefunden, ohne dass man bei dem wenig ausgedehnten Maasse, in dem diese Untersuchungen bisher angestellt sind, schon irgend welche Schlüsse zu ziehen berechtigt wäre. So hat beispielsweise bei einem Fall von Pemphigus die chemische Analyse des Harns ergeben, dass in ihm Stoffe enthalten waren, die auf abnorme Fäulnisprocesse im Darm deuteten, und dass jeder neue Schub, jede Verschlimmerung von einer Vermehrung dieser Fäulnisproducte begleitet war; dementsprechend brachte eine ordentliche Entleerung des Darms durch Calomel, das vielleicht auch gleichzeitig desinficirend wirkte, wenn auch nur vorübergehend eclatante Besserung. Weitere Studien, eine grössere Aufmerksamkeit der Dermatologen auf den inneren Organismus werden da wohl noch manches Interessante zu Tage fördern. — Auch auf mehr mechanischem Wege können überfüllte Därme Schaden bringen, indem sie den Pfortaderkreislauf und secundär den ganzen Blutkreislauf beeinflussen, was in Form von Stauungsdermatosen, einer Seborrhoe oder einer Acne rosacea etc. an der äusseren Haut zum Ausdruck kommt. — Daher muss man bei der Behandlung von Hautleiden die Verdauungsorgane und besonders die Darmthätigkeit berücksichtigen, natürlich ohne zu übertreiben und die bei den Patienten beliebten scharfen Abführmittel zumal zum längeren Gebrauch zu empfehlen. Die Thätigkeit des Darms soll eben, soweit sie darniederliegt, angeregt werden, aber nur bis zur Norm, nicht weiter. — Das ist selbst bei parasitären Hautaffectionen nöthig, wo man doch glauben sollte, dass bei den rein äusseren Urhebern der Leiden der innere Organismus unbetheiligt ist. Vergesse man doch aber nicht, dass die Parasiten, seien es Schizomyceten, seien es Hyphomyceten, doch auch nicht immer auf jedem Boden gedeihen, es für ihre Ansiedelung einer gewissen Disposition bedarf, diese aber leicht durch Vorgänge in den Verdauungsorganen geschaffen werden kann. Ist auf die äussere Behandlung dieser Leiden auch noch mehr Gewicht zu legen als bei anderen Hautleiden, so muss man doch dem übrigen Körper seine Aufmerksamkeit auch zuwenden.

Ein kurzes Beispiel möge das illustriren: Ein Mensch leidet an Pityriasis versicolor, die ja bekanntlich mycotischen Ursprungs ist. Wir behandeln ihn mit den von uns für antiparasitär gehaltenen Mitteln; das Leiden bessert sich, aber bald ist es wieder auf dem alten Status. Wir kommen mit unserer Therapie nicht von der Stelle, warum? Der Patient leidet an starken Schweissen, die wiederum die Folge einer bestehenden Lungentuberculose sind. Die mit Schweiss bedeckte Haut ist dem Mikrosporon furfur ein willkommener Ansiedelungsort, und wir werden ihn nicht früher dauernd vom Kampfplatz vertreiben, als bis es uns gelungen ist, durch entsprechende, der Lungenaffection angemessene Behandlung, die Schweisse zu vermindern, die dem Pilze den Boden düngen.

Da wir grade von Parasiten sprechen, so wollen wir gleich mit einem etwas kühnen Sprunge der Erkrankungen gedenken, die im Verdauungstractus durch die bekannten Eindringlinge: Parasiten. Bandwürmer, Ascariden, Oxyurus vermicularis verursacht werden. In einem jeden Prospect der berühmten Bandwurmdoctoren kann man es lesen, dass eine fahle Gesichtsfarbe, ein blauer Rand unter den Augen sichere Kennzeichen dafür sind, dass ein Bandwurm sich in dem Darm des betreffenden Patienten gütlich thut. Nun das ist insofern richtig, als solche Patienten oft an chronischen Verdauungsstörungen leiden und deshalb die geschilderte Hautbeschaffenheit zeigen. Etwas specifisch charakteristisches für die Diagnose der Anwesenheit eines Bandwurmes hat es durchaus nicht. Dieser meistens, wenn auch nicht immer sehr aber friedliche Darmbewohner hat keine persönliche Beziehungen zur Hautdecke und kann nur erkannt werden, wenn Theile seines Ich's in den Fäces das Licht der Welt erblicken. Wenn man auf eine fahle Gesichtsfarbe hin eine Bandwurmkur unternimmt, wird man wohl gar nicht selten durch das Extractum filicis bestehende Verdauungsstörungen steigern, ohne den vermeintlich vorhandenen Gast zu finden.

Zwei chronische Erkrankungen möchte ich hier noch besonders hervorheben, da bei ihnen die Hautbeschaffenheit nicht ohne Bedeutung ist, die Adspection auf die Diagnose nicht selten hinleitet; das ist das Ulcus rotundum ventriculi und das Carcinoma ventriculi. Beide bringen Schmerzen, Erbrechen, Blutungen, bei beiden ist ein Tumor zu fühlen, beide können beim Sitz am Pylorus Stenosenerscheinungen machen, aber wie verschieden sieht die Haut bei einem Carcinomatösen aus im Vergleich mit derjenigen eines an Ulcus ventriculi Leidenden! Bei ersteren eine fettarme, faltige Haut von fahler grünlichgelber Farbe, trocken, abschlüpfend, bei letzteren selbst nach langem Bestande zuweilen eine normale Haut, wenn nicht eine ursächliche Chlorose oder eine charakteristische Blässe als Folge starker Blutungen ihr ein anämisches Colorit geben. Patienten mit Ulcus ventriculi sehen oft sogar gradezu blühend aus trotz aller Beschwerden.

Es lässt sich der Gegensatz des Aussehens nicht so mit Worten wiedergeben, man muss die Haut in den bezüglichen Fällen betrachten, sich ihre Beschaffenheit genau eingeprägt haben, um nachher die Differenz als einen Anhaltspunkt für die Diagnose verwerthen zu können; natürlich ohne sich durch dieses einzige Symptom zu sehr bestechen zu lassen. Es giebt ja auch Carcinome bei jugendlichen Individuen, deren Aussehen dem schweren Leiden nicht entspricht, aber es sind Ausnahmen, und Ausnahmen giebt es bekanntlich bei allen Regeln — nicht zum wenigsten in der Medicin.

Wir beschliessen die Besprechung der Krankheiten der Verdauungsorgane mit der Erwähnung der krankhaften Veränderungen der Haut an der Ausgangspforte, soweit sie Folgen von Darmleiden sind. Da ist zunächst der Intertrigo zu gedenken, die besonders bei kleinen Kindern nach starken Diarrhöen auftritt und zu schweren ekzematösen Entzündungen führen kann. Ob die Intertrigo auf die ewige Bespülung mit Flüssigkeiten zurückzuführen ist, ob der chemischen Beschaffenheit der Stühle der grössere Antheil zukommt, ist schwer zu entscheiden; jedenfalls ist die Intertrigo der Kinder fast immer eine Folge abnorm zahlreicher Entleerungen und ihr Vorhandensein fordert stets die Beachtung und eventuelle Correctur der Darmthätigkeit, wenn anders wir sie radical beseitigen wollen. Eine grosse Plage ist der Pruritus ani, der im Geleite von Hämorrhoiden, Prolapsus recti, Oxyurus vermicularis eintritt. Das starke Jucken fordert zu energischem Kratzen auf, die Kratzeffecte führen zum Ekzem mit starker Schwellung der Haut um den After; diese faltet sich radiär zu demselben, in den Falten bilden sich Rhagaden, die strahlenförmig den After umgeben, sich auf die Schleimhaut fortsetzen und dort schmerzhaft Fissuren zur Folge haben. Dieses ganze, beschwerdereiche Krankheitsbild erfordert locale Behandlung, aber auch die Erkennung und Beseitigung der Ursache — denn die causale Therapie ist die ideale.

III. Vortrag.

Krankheiten der Athmungsorgane.

Schnupfen. — Cyanose — Croupöse Pneumonie. — Biliöse Pneumonie. —
Lungentuberculose. — Asthma. — Thermopalpation.

Meine Herren!

Schnupfen.

Wenn Jemand einen Schnupfen hat, dann wird bekanntlich die Haut, die die Nasenöffnungen umrandet und die Oberlippe überzieht, leicht geröthet, excoriirt, zuweilen ekzematös; das abfließende vermehrte Secret der Nasenschleimhaut ist ihr nicht zuträglich. Lässt die Secretion nach, dann nimmt die Haut schnell wieder ihre normale Beschaffenheit an. Hat das Leiden aber einen chronischen Character, dann geräth die Haut besonders an der Oberlippe auch in einen chronischen Reizzustand, welcher den Mikroorganismen sehr willkommen ist. Diese, und zwar besonders Kokken, siedeln sich in dem durch das Nasensecret für sie gewissermassen gedüngten Nährboden an und führen zu einer Form von Sycosis, die zum Unterschied von der Sycosis parasitaria als coccogene bezeichnet wird, stets an der Oberlippe beginnt, sich dann aber weiter ausbreiten kann. Dass die Beseitigung dieses Leidens auch die Berücksichtigung des Naseninnern erheischt, ist deshalb verständlich. Von den chronischen mit Hyperämie einhergehenden Nasenleiden wissen wir, dass sie oft mit Acne rosacea vergesellschaftet sind, sonst sind aber weitere Beziehungen der Nase zur Haut nicht bekannt. Bei den vielen Reflexen, die von der Nase aus in allen möglichen Organen ausgelöst werden sollen, bei den sich immer mehr häufenden Krankheiten, für die die Nase in der Neuzeit den Sündenbock abgeben muss, dürfte es uns nicht Wunder nehmen, wenn vielleicht manche Hautveränderung in der Zukunft als eine von der Nase stammende Reflexerscheinung dargestellt wird. — Folgen wir dem Tractus der Respirationsorgane, dann möchte ich es für practisch halten, eine ganze Reihe von Erkrankungen der-

selben in eine Gruppe zusammenzufassen; es sind alle diejenigen, welche zu einer Behinderung der Luftzufuhr, zur Athemnoth führen, welche ihrerseits die Decarbonisation des Blutes in den Lungen durch Verminderung der Sauerstoffzufuhr hindert. Dadurch kommt es zu einer Ueberladung des Blutes mit Kohlensäure, und diese documentirt sich unseren Augen in prägnantester Weise durch die Veränderungen der Hautdecke, die Cyanose. Wenn der Larynx durch diphtheritische Membranen, durch Oedem, durch Narben, Tumoren oder Fremdkörper beengt ist, wenn die Bronchien durch Secret überfüllt sind, wenn die athmende Fläche der Lunge durch entzündliche oder destructive Prozesse verkleinert ist, stets ist das bedenkliche Zeichen der Insufficienz der Athmung die Cyanose, die Verfärbung der Haut, der Schleimhäute, der Nägel, die von einem leicht bläulichen Farbenton bis zum dunkel-lividen, sogar schwärzlichen sich steigern kann. In acuten wie chronischen Fällen ist die Cyanose stets ein bedeutsames und beachtenswerthes Symptom, das zumal in seinen ersten Anfängen uns einen Hinweis auf den Grad der Gefahr giebt und den Ernst der Situation ankündigt. Wenn bei einem Kinde die Diphtherie den Kehlkopf ergriffen hat und sich eine, wenn auch noch unbedeutende bläuliche Verfärbung der Lippen einstellt, dann heisst es auf der Hut sein, die Tracheotomieinstrumente parat legen, selbst wenn das Stenosengeräusch noch nicht so ausgeprägt ist; da ist Gefahr im Verzuge.

Wenn bei croupöser Pneumonie das fieberhaft geröthete Gesicht einen Stich in's bläuliche bekommt, dann muss man genau Obacht geben, für Entlastung der durch collaterale Hyperämie functionsuntüchtig gewordenen Lungentheile sorgen, denn ein Oedem der Lungen droht. — Wenn Emphysematiker, bei welchen die Cyanose die Folge mangelhaften Gasaustausches in der Lunge die höchsten Grade erreicht, beginnen leichte Cyanose zu zeigen, dann ist das ein wichtiges Zeichen für den Grad des Schwundes der interalveolären Wände oder auch für die Behinderung des Luftzutritts durch catarrhalisch geschwellte oder mit Secret gefüllte Bronchien. — Ausser dieser Entstehungsweise der Cyanose bei Erkrankungen der Athmungsorgane, durch Ueberladung des Blutes mit Kohlensäure, kommt noch eine andere in Betracht, die wir als acute Cyanose bezeichnen könnten. Dieselbe ist bedingt durch Hemmung des Rückflusses des venösen Blutes nach dem rechten Herzen, also durch Stauung bei abnormer Steigerung des Expirationsdruckes im Thorax. Diese Form der Cyanose finden wir in besonders hochgradiger Ausbildung beim Keuchhusten, oder allgemeiner gesagt beim Krampfhusten. Durch die sich schnell folgenden Hustenstösse steigt der Expirationsdruck in der Brusthöhle, das venöse Blut aus der Vena cava superior kann nicht zum Herzen gelangen, es staut sich an, das Gesicht wird bläulich, ja blauschwarz, die Augen erscheinen protrudirt, Thränen entstürzen denselben, die Halsvenen treten als blaue

Stränge hervor, Schweiss tritt im Gesichte aus; Gefässe können platzen und Blutungen aus der Nase, subcutan und subconjunctival auftreten. Das Kind bietet das schreckliche Bild eines Erstickenden; aber wenn die Noth am grössten erscheint, ist die Hülfe meist am nächsten; der krampfhafteste Husten hört auf, der Expirationsdruck kehrt zur Norm zurück und schnell tritt ein Ausgleich in der Blutvertheilung ein. Das eben blau aussehende Kind hat wieder seine normale Hautfarbe, nur etwa entstandene Petecchien an der Conjunctiva verrathen, was sich eben abgespielt. Der blaue Husten wird dieses Leiden deshalb im Volksmunde genannt. Hat der Krampfhusten längere Zeit in heftiger Form bestanden, dann führt die venöse Stase zu weiteren Folgeerscheinungen in Bezug auf das Aussehen der kleinen Patienten, indem das Gesicht und besonders die Augenlider gedunsen, nicht eigentlich ödematös erscheinen. Diese gedunsene Beschaffenheit im Gesicht, zumal wenn sie sich mit subconjunctivalen Petecchien combinirt, hat etwas charakteristisches, und thut man gut, sie sich genau einzuprägen, da sie uns die Diagnose erleichtert. Es ist nicht immer leicht zu entscheiden, ob ein Husten als Pertussis aufzufassen ist, da Kinder meistens dann nicht husten, wenn sie husten sollen, d. h. wenn der Arzt einen Anfall hören und die Diagnose stellen möchte. Die Entscheidung ist aber höchst wichtig, da es sich darum handelt, ob das Kind die Schule weiter besuchen darf, ob es von seinen Geschwistern getrennt werden soll. Da ist es denn nöthig, dass man die Adspersion sorgfältig übt und nach Hautveränderungen fahndet, wie wir sie eben geschildert haben. Allerdings bedarf es nebenbei gesagt, auch da einer gewissen Vorsicht, wenn, wie es oft geschieht, man erst geholt wird, wenn das Kind in Folge einer intercurrenten Pneumonie fiebert; dann pflegen die Krampfanfälle nachzulassen, der Husten mehr einen catarrhalischen Character anzunehmen, die Hautveränderungen zu fehlen — und doch ist die Grundlage der Erkrankung ein Keuchhusten.

Tumoren
des
Mediasti-
nums.

An die Cyanose in Folge der mangelhaften Sauerstoffzufuhr einerseits, gesteigerten Expirationsdrucks andererseits reiht sich noch eine durch ihre Entstehungsweise als besondere Form characterisirte Cyanose an, welche bewirkt wird durch einen mechanischen, directen Druck auf die Vena cava superior, wie ihn im Mediastinum vorhandene Tumoren ausüben. Das venöse Blut kann nicht gut abfliessen, es entstehen Erweiterungen der Venen am Hals und Kopf, die sich theils durch bläuliche Stränge, theils durch diffuse blaue Färbung der Haut kundgeben. Sucht das venöse Blut sich in derartigen Fällen auf Umwegen, d. h. durch Bildung eines Collateralkreislaufs einen Weg zum rechten Herzen zu bahnen, dann werden auch an der Haut des Brustkorbes erweiterte Venen sichtbar und tragen etwas zur Klärung der Diagnose bei.

Fahren wir mit der Besprechung der Erkrankungen der Athmungsorgane an der Hand einzelner hervorstechender Er-

scheinungen fort, so ist es noch das Hautemphysem, dessen wir zu gedenken haben, die Infiltration des subcutanen Bindegewebes mit Luft. Diese bildet sich bei Lungenleiden aus, wenn die Alveolarwände verletzt sind, was natürlich das Bestehen eines destructiven Processes oder eines abnorm gesteigerten Expirationsdruckes voraussetzt. Bei starken Hustenstössen, beim Heben schwerer Lasten, bei forcirter Anwendung der Bauchpresse kann das Lungengewebe platzen, zumal wenn es durch ein bestehendes Emphysema pulmonum oder tuberculöse Zerstörungen weniger widerstandsfähig geworden. Die Luft tritt in die interlobulären Räume, verbreitet sich zuerst subpleural, die Pleura in Blasen abhebend, dringt längs der Bronchien und Gefässe zum Lungenhilus, gelangt in das Mediastinum, in das Bindegewebe des Halses und so unter die Haut, unter der es sich, wenn an der verletzten Stelle Luft bei jeder Expiration von Neuem ausströmt, über den ganzen Körper verbreitet. Es macht sich das Hautemphysem zuerst in der Fossa jugularis als eine blasse, alabasterfarbige Schwellung geltend, die bei der Palpation ein knisterndes Gefühl giebt. Durch Behinderung der Athmung, durch Druck auf die grossen Blutgefässe kann es sehr gefahrbringend werden. Natürlich muss man, will man ein Hautemphysem auf ein Lungenleiden zurückführen, es ausschliessen können, dass nicht von dem Oesophagus, dem Larynx, der Trachea aus die Luft sich einen Weg gebahnt hat. Besonders beachtenswerth ist, dass bei Stichverletzungen des Thorax ein Hautemphysem durchaus noch nicht eine Verletzung der Lungen bedeutet; die Luft kann in solchen Fällen bei den Inspirationsbewegungen durch die äussere Wunde, wenn diese sich nicht wie gewöhnlich ventilartig schliesst, angesogen sein. —

Es wäre eigentlich unsere Aufgabe, nach diesen Besprechungen mehr allgemeiner Natur in eine genauere Erörterung der einzelnen Erkrankungen der Respirationsorgane und ihrer Beziehungen zur Haut einzutreten, aber wir würden da meistens nur eine Wiederholung des Gesagten geben können. Ich will deshalb nur drei Leiden noch hier eingehender Ihnen vor Augen führen, die besonderes Interesse bieten: die croupöse Pneumonie, die Phthise, die allerdings beide mit gleichem Recht den Infectiouskrankheiten angereiht werden könnten, und das Asthma.

Die croupöse Pneumonie zeigt bis zur Krisis, wie alle stark fieberhaften Erkrankungen, eine besonders in der Mitte der Wangen geröthete trockene Gesichtshaut, sehr trockene Lippen. Die Defervescenz geht bekanntlich mit einem profusen Schweissausbruch einher, der, wenn er, wie es zuweilen vorkommt, in schwächerem Maasse tagelang anhält, von seiner treuen Begleiterin, der Miliaria, gefolgt ist, die bald eine rubra, bald eine alba ist. Der Miliaria alba wird eine ernstere Bedeutung für die Prognose von Manchem zugeschrieben, es ist aber wohl doch auf

Hautemphysem.

Croupöse Pneumonie.

Herpes
facialis.

die Miliaria wenig Werth zu legen. Von grösserer Wichtigkeit ist schon der Herpes facialis, der in 40—50pCt. der Fälle am 2.—5. Tage auftritt und für die Differentialdiagnose zwischen Pneumonie und Abdominaltyphus Bedeutung hat. Es ist letztere nicht immer so leicht, wie man nach den in den Lehrbüchern gezeichneten klassischen Krankheitsbildern wohl glauben sollte. Es kann eine Pneumonie — und bei alten Leuten thut sie es sogar meistens — ohne stürmische Allgemeinerscheinungen, ohne subjectiv und objectiv nachweisbare locale Symptome beginnen, es kann andererseits ein Typhus abdominalis ohne nachweisbare Prodrome und ohne Darmerscheinungen, dagegen mit starkem Husten plötzlich einsetzen und — besonders bei Kindern ist dieses nicht selten der Fall — eine Pneumonie vortäuschen. Bevor noch die deutlicher hervortretenden Characteristica das Dunkel lichten, kann schon ein Herpes facialis uns einen beherzigenswerthen Wink geben, unsere Aufmerksamkeit mehr auf eine Pneumonie lenken. Der diagnostische Werth ist also nicht zu gering zu achten; sollte auch die Auslegung des Herpes als günstiges Prognosticon richtig sein, was ich nicht zu entscheiden wage, dann wäre derselbe uns ja sicher stets noch mehr willkommen. In keinem Falle aber, das ist sicher, ist er uns eine unwillkommene Complication. Dieses können wir nicht von den anderen Hautveränderungen sagen, die bei der croupösen Pneumonie beobachtet werden, den Erythemen, der Roseola, Urticaria, dem Pemphigus, der Purpura und vor Allem dem Icterus. Letztgenannte Complication bedarf eine eingehendere Würdigung:

Icterus.

Biliöse
Pneumonie.

Das relativ häufige Vorkommen des Icterus bei der croupösen Pneumonie hat zur Aufstellung einer besonderen Form derselben, der biliösen Pneumonie, geführt, welche den asthenischen Pneumonien anzureihen ist und wie diese prognostisch ungünstig sein sollen. Ist die Aufstellung einer besonderen Krankheit als biliöse Pneumonie kraft ihrer Entstehung, ihres Verlaufs oder ihrer anatomischen Grundlage berechtigt? Wenn wir uns die Frage in dieser Form vorlegen, werden wir sie zweifellos verneinen müssen. Erstens ist darüber nichts bekannt, dass ein besonderes infectiöses Agens diesen mit Icterus combinirten Pneumonien zukommt; die pathofore Kraft der Pneumoniekokken mag in diesen Fällen eine grössere sein, deshalb sind die Krankheitserreger aber doch dieselben wie diejenigen jeder anderen Pneumonie. Zweitens ist der Verlauf dieser Fälle nicht so genau charakterisirt, dass dieselbe uns ein einheitliches Krankheitsbild geben kann. Die Erscheinungen bei der biliösen Pneumonie setzen sich einfach zusammen aus den Erscheinungen der Pneumonie plus den Erscheinungen des Icterus, womit also gleichzeitig gesagt ist, dass jeder Icterus immer eine Verschlimmerung der bestehenden Pneumonie mit sich bringt. Es ist ja natürlich, dass, wenn zu einer Lungenentzündung noch ein Icterus mit seiner

Beeinträchtigung des Verdauungsapparates und des Nervensystems hinzutritt, je nach dem Grade desselben die Prognose schlechter wird. Eine leichte Pneumonie mit einem leichten Icterus wird also natürlich nicht so günstig sein, wie erstere allein; es braucht aber deshalb noch immer keine schwere Krankheit zu sein; und solche Fälle giebt es. Es ist durchaus unrichtig und widerspricht den Erfahrungen, dass jede Pneumonie, sobald sich Gelbsucht zugesellt, gleich eine sehr bösartige Erkrankung darstellt. Auch das epidemische Auftreten der biliären Pneumonien drückt denselben noch nicht den Stempel der Specificität auf, sehen wir doch bei vielen anderen Infectiouskrankheiten, dass bei einer Epidemie gerade ein bestimmtes Symptom, eine bestimmte Complication oder Nachkrankheit vorherrscht, ohne dass wir deshalb gleich ein besonders infectiöses Agens annehmen; der Charakter derselben Infectiouskrankheit in verschiedenen Epidemien ist ja nicht immer genau derselbe. Während bei einer Scharlachepidemie die Scharlachdiphtherie oder die Nephritis ganz ausbleiben, stehen bei einer anderen diese krankhaften Erscheinungen sogar im Vordergrund. —

Ebenso kann auch bei einer Gruppe von Pneumonien der Icterus als auffallendes Symptom hinzutreten, und dieses um so mehr, als es der Wege, auf denen es bei croupöser Pneumonie zur Gelbsucht als Folgeerscheinung kommen kann, mehrere giebt. Das leitet uns über zu der Frage, welcher Zusammenhang zwischen Lungenentzündung und Gelbsucht besteht. — Wenn wir an anderer Stelle es ausgesprochen haben, dass sicher die meisten Fälle von Icterus, möglicherweise sogar alle, durch Resorption entstehen, und gezeigt haben, welche Momente zu diesem Resorptionsicterus führen können, werden wir voraussetzen müssen, dass auch bei der Pneumonie diese Momente zur Geltung kommen werden, wenn es zur Gelbsucht kommt. Und in der That ist dem so. Nicht eine bestimmte Entstehungsweise ist dafür verantwortlich, sondern bald führt der eine, bald der andere Weg von der Lungenentzündung zur Gallenresorption; man wird denselben von Fall zu Fall zu eruiren suchen müssen. Erstens kann ein heftiger Gastrointestinalcatarrh die Pneumonie begleiten, sei es, dass dieser eine Folge des Fiebers ist, sei es, dass Stauung ihn bedingt, sei es, dass er eine directe Aeusserung des infectiösen Agens sei, und dieser Catarrh vom Duodenum sich auf die Gallenausführungsgänge fortpflanzen; es kann also der Icterus ein catarrhalischer sein. Dieser Modus ist wohl sicher sehr häufig, denn man sieht bei Pneumonie zuweilen schwere Verdauungsstörungen dem Icterus vorangehen; dass dieselben ihm folgen ist in allen Fällen selbstverständlich. Auf mehr mechanischem Wege ist der Vorgang zu denken, wenn sich zu einer rechts unten sitzenden Lungenentzündung ein Icterus zugesellt. Um das zu verstehen, muss man sich vergegenwärtigen, dass die Entleerung der Galle aus den feineren

Gallengängen in erster Reihe natürlich durch den Druck des nachrückenden Secretes bewirkt wird, in zweiter Reihe aber auch der Druck des bei den Expirationsbewegungen herabsteigenden Zwerchfells auf die unterliegende Leber mitspielt. Bleibt nun dieser Druck aus, wenn die rechte Lungen- und Leberseite athmungsunfähig ist oder auch nur wegen bestehender Stiche geschont wird, dann fällt ein Faktor für die Weiterbeförderung der Galle aus, dieselbe staut sich an, der Partialdruck in den Gallengefäßen steigt, wird ein höherer als derjenige in den Blutgefäßen und die Galle tritt in letztere über, wird resorbirt. Vielleicht geschähe dieses nicht, genüge der Ausfall des expiratorischen Zwerchfellsdruckes nicht, um zur Gallenresorption zu führen, wenn nicht als drittes Moment gleichzeitig noch durch die Lungenaffection eine Stauung im Gebiete der Vena hepatica eintrete, die Hyperämie der Leber bedingt und damit auch die Entstehung des Icterus begünstigt. Diese drei Momente: der Gastrointestinalcatarrh, der Wegfall des mechanischen Druckes bei der Athmung und die Blutstauung erklären wohl hinreichend alle Fälle von Icterus im Verlaufe einer Pneumonie und kennzeichnen denselben als hepatogenen. Den dunkelen Ausdruck: „Blutdissolution“ zu Hülfe zu nehmen, den Icterus zu einem hämatogenen zu stempeln, ist in keinem Falle angebracht und im ganzen weiter nichts als eine Umschreibung dafür, dass man in dem gegebenen Falle keine Erklärung zu geben vermag. Der Ausdruck „Blutdissolution“ ist ein noch viel zu wenig definirter, als dass durch seine Verwendung uns ein Vorgang viel klarer würde. Man thut immer besser zu gestehen, dass man etwas nicht zu erklären vermag, als sich durch den Gebrauch eines Schlagwortes über den Defect in unserem Wissen hinwegzutäuschen.

Lungen-
tuberculose.

Tuberculose
der Haut.

Das weitaus wichtigste chronische Lungenleiden, die Tuberculose, zeigt manche interessanten Beziehungen zur Beschaffenheit der Haut. In erster Reihe tritt uns da die Frage entgegen: In welchem Verhältniss steht die Lungentuberculose zur Tuberculose der Haut? — Um diese Frage zu beantworten, werden wir uns erst darüber zu verständigen haben, was wir unter Hauttuberculose verstehen. Im Princip werden wir heutzutage nicht umhin können, alle Leiden der Haut dazu zu zählen, bei welchen Tuberkelbacillen gefunden werden. Anatomisch wie klinisch allerdings stellen sich dieser Gruppierung vom ätiologischen Standpunkte aus die grössten Schwierigkeiten entgegen, sind doch die Formen, in welchen sich die durch Ansiedelung von Tuberkelbacillen bewirkten Hautveränderungen unserem bewaffneten und unbewaffneten Auge präsentiren, unendlich verschieden, ohne dass Uebergänge zu einander häufig zur Beobachtung kämen; jede ist ein Typus für sich. Da ist zunächst das Scrophuloderma, der Lichen scrophulosorum und die meistens im Anschluss von nach aussen durchgebrochenen verkästen Drüsen sich entwickelnden, mit schlaffen Granulationen

bedeckten, von ausgezackten unterminirten Rändern begrenzten Hautgeschwüre; da ist der *Lupus vulgaris* mit seinen kleinen, aus Haufen von Granulationszellen bestehenden, zur Verkäsung und Zerfall führenden Knötchen und seinem unendlich chronischen Verlauf; da ist die eigentlich als Hauttuberculose bezeichnete, geschwürige, oberflächliche, stark secernirende, schmerzhaft, von grauen Pünktchen durchsetzte, schnell fortschreitende Hautaffection.

Von dem Leichentuberkel, den sogenannten tuberculösen Ekzemen, dem von vielen französischen Autoren als tuberculöse Affection aufgefassten *Lupus erythemadoides* und dem in jüngster Zeit auch als tuberculös bezeichneten Chalazion sehe ich schon ganz ab.

Trotzdem wir bei all' diesen Leiden Tuberkelbacillen finden, sind doch die makroskopischen und mikroskopischen Bilder so himmelweit von einander verschieden, dass es schwer ist, eine innere Harmonie zwischen der ätiologischen Forschung und der klinischen Beobachtung herzustellen. Wäre das Gebäude, auf dem sich die Lehre von der verderblichen Bedeutung der Tuberkelbacillen aufbaut, durch den Entdecker derselben nicht so fest begründet, fürwahr man hätte es dem Dermatologen am wenigsten verdenken können, wenn er zum Zweifler geworden wäre. Ob diese Verschiedenheit bedingt ist durch eine verschieden starke Malignität der Bacillen, ob die Quantität der angesiedelten Infectionsträger für die Differenz in den Krankheitsbildern verantwortlich zu machen ist, oder ob die Beschaffenheit der Nährböden, d. h. der ergriffenen Individuen ausschlaggebend ist, das zu entscheiden, ist hier nicht der Ort. Hier handelt es sich nur darum festzustellen, welche Beziehungen zwischen all' diesen Folgen der Ansiedelung von Tuberkelbacillen und der Lungentuberculose bestehen: Was zunächst das *Scrophuloderma* betrifft, so findet man in der That bei manchen an *Phthisis pulmonum* leidenden Patienten Narben, die an alte scrophulöse Hautleiden erinnern. Hauptsächlich schliesst sich die Tuberculose gerne an die erethische Form der Scrophulose an, während die mit torpider Scrophulose behafteten Kinder sogar selten später tuberculös werden. Ueber die Stellung des *Lupus vulgaris* zur Tuberculose ist viel discutirt worden, ohne dass eine Einigkeit erzielt wäre. Während manche Autoren behaupten, dass ein sehr erheblicher Procentsatz Lupöser später der Lungenphthise zum Opfer falle, wird dieses von anderen auf das lebhafteste bestritten. Eine Entscheidung darüber ist schwer, da eine allgemeinere, auf breiter Basis aufgebaute Statistik darüber nicht vorhanden ist, die Erfahrungen des einzelnen aber dabei nicht zu sehr ins Gewicht fallen. Die Dermatologen werden sogar weniger zur Entscheidung dieser Frage berufen sein, als die inneren Mediciner, da die Kranken, wenn die Lungentuberculose auftritt, längst aus den Händen derselben gekommen

sind. Es wäre sehr interessant, wenn man die Krankengeschichten einer grossen Reihe von Anstalten daraufhin durchmusterte, wie gross der Procentsatz von Phthisikern ist, welche deutliche Lupusnarben zeigen. Will man sich auf Grund der jetzt bekannten Beobachtungen ein Urtheil erlauben, dann könnte dasselbe nur so lauten, dass allerdings Lungentuberculose nach Lupus sich entwickeln kann, es im ganzen aber doch nur selten geschieht. Unverständlich wäre ja das Ausbleiben der Phthise nach Lupus nicht, konnte man sich doch nach den heutigen Vorstellungen über Immunität denken, dass durch die schleichende Entwicklung der Bacillen in der Haut Stoffe in kleinen Mengen gebildet werden und in den Kreislauf gelangen, die eine Immunisirung des Körpers, einen Schutz desselben vor Selbstinfection bedingen können; eine Erklärung, die übrigens auch dafür Geltung haben könnte, dass die Scrophulose, besonders die torpide Form, wie oben erwähnt, relativ selten Lungentuberculose im Gefolge hat.

Ganz anders liegen die Verhältnisse bei der eigentlichen Hauttuberculose, die besonders an den Uebergängen von der Schleimhaut zur äusseren Haut sich fast immer auf Grund einer bestehenden Lungentuberculose, Darmtuberculose etc. entwickelt, also nicht ein Vorläufer, sondern eine Folge derselben ist. Tuberculöse Geschwüre am Munde; sie sind fast ausnahmslos bedingt durch eine Selbstinfection und fordern stets zu einer genauen Untersuchung der Lungen und des Larynx auf. —

Wenden wir uns zu einer Besprechung der sonstigen Hautveränderungen, die mehr oder minder regelmässig in Verbindung mit der Lungentuberculose stehen, dann müssen wir zunächst neben der Fettarmuth der Blässe der Phthisiker gedenken: Die Gesichtshaut erscheint anämisch, die Scleren haben einen spurweise bläulichen Schimmer, der etwas Charakteristisches hat und nicht selten die Aufmerksamkeit auf die Lungen lenkt, besonders wenn es sich um nicht fettarme Patienten handelt. Die Blässe der Wangen wechselt gar leicht ab mit einer schnell kommenden und ebenso schnell verfliegenden Röthung derselben, die eine besondere Erregbarkeit, einen labilen Zustand der Vasomotoren documentirt. Eine andere Bedeutung hat die fleckweise, besonders in der Wangenmitte auftretende, Stunden lang anhaltende Röthung; diese „hektische Röthe“ ist eine Folge eingetretener Fieberzustände. Ist das Lungenleiden vorgeschritten, ein grösserer Theil der Lungen zerstört, die athmende Fläche erheblich verkleinert, dann kann die Blässe sich mit einer durch mangelhafte Decarbonisation des Blutes bedingten Cyanose verbinden. — Betrachtet man die Haut des Rumpfes besonders an der oberen Brusthälfte der Phthisiker, dann fällt gar oft eine grosse Zahl bräunlicher Punkte und Flecke auf, die sich mit dem scharfen Fingernagel abkratzen lassen; es sind diese Ansiedelungen des *Microsporon furfur*, d. h. es handelt sich um eine

Pityriasis versicolor. Die Häufigkeit dieser Dermatomyose erklärt sich durch die günstigen Bedingungen, welche die starke Neigung der Haut bei bestehender Lungentuberculose zur Schweisssecretion schafft. Die profusen Schweisse bilden eine Quelle vieler Plagen und der stärkeren Abmagerung bei Phthisikern. Im Beginne nur nach körperlichen Anstrengungen auftretend, stellen sie sich später auch ohne dieselben in stärkster Weise, besonders in der Nacht ein. Diese nächtlichen Schweisse geben, falls ein Patient uns dieselben klagt, uns stets einen Wink, auf Tuberculose zu fahnden. Es ist unrichtig, wenn Manche annehmen, dass Fieber die Ursache der Hyperhidrosis ist, denn erstens tritt sie auch bei nicht fieberhaften Kranken auf, zweitens ist sie auch bei fieberhaften Kranken nicht an die Defervescenz allein gebunden, wenn sie auch natürlich bei letzterer nicht fehlt. Man ist nicht recht klar darüber, auf welchem Wege die Lungentuberculose zur Hyperhidrosis führt. Dass Kohlensäureanhäufung im Blute die Ursache sein sollte als Folge behinderter Athmung, ist wohl sicherlich nicht anzunehmen. Allerdings sehen wir bei Leuten, die sich in Erstickungsgefahr befinden, starken Schweissausbruch; dieser zählt aber mehr zu den kalten Schweissen mit sonderbar klebrigem Secret, die man als Collapsschweisse bezeichnen könnte, und ist nicht gerade eine directe Folge der Behinderung der Athmung. Gar viele Kranke, die abnorm viel Kohlensäure im Blute haben, stets mehr als Phthisiker selbst im vorgeschrittenen Stadium, so Herzleidende, Emphysematiker, zeigen keine analoge Schweisssecretion. —

Traube wollte die Hyperhidrosis dadurch erklären, dass auf der Lungenoberfläche zu wenig Wasser verdunstet und dieses vicariirend durch die Haut den Körper verlasse, auch wohl eine durch nichts gestützte Hypothese. Buhl argwöhnt eine Verfettung der Schweissdrüsen, wobei es allerdings nicht klar ist, wie dieselbe zu einer Hypersecretion führen kann. —

Seitdem wir erkannt haben, dass im Sympathicus wie im cerebrospinalen Nervensystem schweisserregende Nervenfasern verlaufen und die Schweisssecretion unter Nerveneinfluss steht, werden wir der Ursache der Hyperhidrosis wohl am nächsten kommen, wenn wir ebenso wie wir für das leichte Erröthen, den leichten Farbenwechsel der Phthisiker eine besondere Erregbarkeit der Vasomotoren angenommen haben, auch den Schweissnerven bei der Lungentuberculose eine leichtere Reizbarkeit zuschreiben, den Vorgang also als einen nervösen auffassen. Dafür spricht auch die zuweilen beobachtete Halbseitigkeit der Schweisse. Vielleicht werden durch die Thätigkeit der Tuberkelbacillen irgendwelche Toxine im Körper erzeugt, die eine erregende Wirkung auf die Schweissnerven ausüben, möglicherweise übrigens auch gleich dem Pilocarpin direct auf das secernirende Gewebe, d. h. das Epithel der Schweissdrüsen reizend einwirken. — Es ist wohl

kaum nöthig zu erwähnen, dass auch hier der Hyperhidrosis eine Miliaria häufig folgt als rubra oder alba. —

Wir haben oben von der Pityriasis versicolor bei Lungentuberculose gesprochen, die gerade den Rumpf heimsucht; in einem gewissen Gegensatz dazu giebt es aber braune Flecken, die wahre Pigmentirungen darstellen, also Chloasmen, und besonders im Gesicht ihren Sitz aufschlagen. Was zu dieser Pigmentirung bei der Phthisis pulmonum führt, ist ja ganz dunkel, interessant ist es aber, dass manche Autoren behaupten, diese Chloasmen fänden sich nur da, wo keine Haemoptoe während des Krankheitsverlaufes aufgetreten. Bedenken wir, dass der Ursprung des Pigments vom Blute festgestellt ist, und es folglich bei Blutmangel — und solcher ist immer bei der Lungentuberculose vorhanden — erklärlich wird, wenn der Körper sich den Luxus von Pigmentablagerung nicht leistet, dann werden wir diese auf Erfahrung sich gründende Behauptung nicht einfach von der Hand weisen können. —

Von weiteren Hautveränderungen ist noch des häufigen Vorkommens des Zoster bei der Lungentuberculose zu gedenken. Lehrreich ist es, dass in Fällen, wo ein hartnäckiger Zoster die Lungentuberculose begleitete, sich später zuweilen an dem der Durchtrittsstelle des betreffenden Nerven entsprechenden Wirbelsäulenabschnitt eine tuberculöse Erkrankung etablirte, als deren Vorbote der Zoster sicher aufzufassen war. Zum Schlusse haben wir noch als relativ häufiges Vorkommniss bei der Phthise eine Veränderung der Nägel hervorzuheben. An den trommelschlägerartig aufgetriebenen Phalangen, wie sie sich oft schon in frühen Stadien dieser bösen Erkrankung ausbilden, sitzen bläulich erscheinende Nägel, die eine Verdickung an der Wurzel und eine leichte Krümmung des freien Nagelrandes zeigen. Schon Hippocrates hat die bläulichen Nägel als für Lungenschwindsucht charakteristisch beschrieben, die auch nach ihm als ung. Hippocratis bezeichnet werden; Trousseau fügte noch die obengenannten weiteren Veränderungen hinzu und sah die Nagelanomalie als pathognomonisches Zeichen der Phthise an. So sicher ist das nun nicht, man muss doch mit der Bezeichnung „pathognomonisch“ etwas vorsichtig umgehen, denn auch andere zum Körperversall führende chronische Leiden zeigen ähnliche pathologische Vorgänge an den Nägeln, aber dass diese bei der Lungentuberculose gerade in besonderer Häufigkeit vorkommen, das ist Thatsache. —

Das Asthma bronchiale, das ich zuletzt hervorzuheben habe, zeigt auffallende Beziehungen zu chronischen, ausgebreiteten Ekzemen in so fern, als manche Asthmatiker gleichzeitig an Ekzemen leiden, deren Beseitigung auch eine Verminderung oder Beseitigung der asthmatischen Anfälle zur Folge hat, oder, wie noch v. Noorden jüngst hervorgehoben hat, von den meisten Asthmakranken, deren Leiden früh begonnen hat,

nachweisbar ist, dass sie in der Kindheit an hartnäckigen Hautausschlägen gelitten haben. Es ist nicht leicht, sich das Zustandekommen dieser empirisch festgestellten Thatsache zu erklären. Wenn wir uns erinnern, dass das Asthma sich in manchen Fällen als besonders von der Nase ausgelöster Reflexvorgang erwiesen hat, so konnten wir uns auch von der Haut Reflexbahnen construiren, die die Verbindung zwischen Ekzema und Asthma vermitteln. Wir werden aber auch noch einer anderen Thatsache zu gedenken haben, die vielleicht etwas Licht auf die in Rede stehende Frage wirft. Die neuesten Arbeiten über die Blutzusammensetzung und speciell über die corpusculären Elemente desselben, angeregt und gefördert durch die Ehrlichen Untersuchungen, haben gezeigt, dass beim Asthma und zwar besonders um die Zeit der Anfälle herum eine starke Vermehrung der eosinophilen Zellen nachweisbar ist. Andererseits haben Studien über das Vorkommen dieser Gebilde im Blute von Hautleidenden, wie sie besonders von Neisse gemacht sind, gelehrt, dass bei zahlreichen Hautkrankheiten, unter anderen auch bei Ekzemen die Zahl derselben bis auf das Zehnfache zunimmt. Es wird nun Sache der Zukunft sein, zu prüfen und zu entscheiden, in wiefern dieses dem Asthma und den Hautleiden gemeinsame Symptom zwischen ihnen als ein vermittelndes anzusehen ist. Bisher sind diese Forschungen noch zu sehr in den Kinderschuhen, als dass man schon irgend welche Schlüsse aus denselben zu ziehen berechtigt wäre, ich wollte aber doch nicht unterlassen, darauf hinzuweisen.

Wir wären am Schlusse unserer Betrachtungen über die Krankheiten der Athmungsorgane angelangt. Bevor ich dieses Gebiet aber verlasse, will ich noch über ein neues diagnostisches Hilfsmittel einige Worte sagen, welches die Ermittlung der pathologischen Veränderungen im Thorax erleichtern soll, die Thermopalpation. Wie der Name schon sagt, handelt es sich um durch Palpation festzustellende Temperatur der Haut, wobei man ausgeht von der physiologischen Thatsache, dass die Haut über lufthaltigen Organen wärmer ist als über luftleeren. Erstere geben leichter ihre Wärme an die Haut ab, die ja ein guter Wärmeleiter ist. Dadurch werden die Organe gewissermassen auf die Haut projecirt. Es ist also die Haut in der Norm wärmer über Lunge, Darm, kühler über Herz, Leber, Milz etc. Die Differenz soll stets über $0,5^{\circ}$ Celsius betragen, da aber mit der Hand schon Unterschiede von $0,2^{\circ}$ C. gefühlt werden können, soll Jeder sogar ohne besondere Uebung die Palpation mit Erfolg ausüben können. Man verwendet dazu die Fingerspitzen, die Dorsalflächen der ersten und zweiten Phalanx oder die Handteller; am besten palpiert man in der ersten Zeit mit beiden Händen gleichzeitig. Man muss immer von den vermuthlich wärmeren Theilen nach den kühleren, percutorisch gedämpften, vorgehen, da das Kältegefühl schneller erscheint, während das

Wärmegefühl nur langsam anschwillt. Auf diese Weise soll man Vergrösserungen des Herzens, der Milz, Tumoren im Brustraum, beispielsweise Aneurysmen, Exsudate in der Pleurahöhle etc. palporisch diagnosticiren, Verdichtungen der Lungenspitzen fühlen, pneumonische Infiltration aus einer kälteren Hautbeschaffenheit erkennen können. Da ich eigene Erfahrungen nicht besitze, kann ich mir über dieses von Fritz-Frankfurt a. M. besonders geübte und empfohlene Verfahren um so weniger ein Urtheil erlauben, als auch in der Literatur bisher dasselbe wenig Beachtung gefunden hat. Zweifelhaft erscheint es mir, ob wirklich Jeder ohne weiteres solche feine Temperaturunterschiede herauszufühlen vermag oder durch Uebung dazu gebracht werden kann. Das Temperaturgefühl ist doch individuell sehr verschieden und im Ganzen wenig ausgebildet. Sollten die Thatsachen, auf denen dieses Verfahren fusst, Bestätigung finden, sollte es sich erweisen, dass, wenn auch nicht alle, so doch wenigstens viele die Thermo-palpation zu üben fähig sind, dann werden wir sie als neuen diagnostischen Behelf um so eher willkommen heissen müssen, als uns dazu von der Natur die Instrumente mitgegeben sind. Der Werth diagnostischer Untersuchungsmethoden steigt um so höher, je einfacher die Hilfsmittel sind, mit welchen wir sie auszuüben vermögen. Das Instrumentarium des Arztes ist unter der Herrschaft des Mikroskops, unter dem Einfluss der in die Arbeitszimmer des Arztes eindringenden Bacteriologie ohnehin gross genug.

IV. Vortrag.

Krankheiten des Herzens.

Endocarditis ulcerosa. — Endocarditis simplex. — Herzklappenfehler. —
Morbus Basedowii. — Myxödem. — Cachexia strumipriva.

Meine Herren!

Einer Besprechung der Symptome von Erkrankungen der Athmungsorgane muss ich folgerichtig eine Erörterung der Herzleiden anreihen, denn Lunge und Herz, sie stehen in denkbar innigster Verbindung mit einander, so dass ein Organ nicht leiden kann, ohne dass auch das andere in seinen Functionen behindert, in seiner Constitution geändert wird. Man muss es sogar dahingestellt sein lassen, ob eine bestimmte Krankheitsäusserung mehr den erkrankten Lungen oder dem in Mitleidenschaft gezogenen Herzen zur Last zu legen ist, und umgekehrt. Sowie Lunge oder Herz pathologisch afficirt ist, entwickelt sich zwischen beiden ein Circulus vitiosus, der zu doppelter Schädigung des Gesamtorganismus führt. Dieses Factum beleuchtet schon die bei den Erkrankungen der Athmungsorgane viel erwähnte Cyanose. Construiren wir uns irgend ein Beispiel: Gesetzt ein erheblicher Lungenabschnitt wird unwegsam etwa durch Atelectase in Folge der Compression durch ein pleuritisches Exsudat, was wird geschehen? Die durch die Arteria pulmonalis eingetretene Blutmenge hat zu ihrer Ausbreitung ein kleineres Gebiet, der Gesamtdurchmesser der dem kleinen Kreislauf zur Verfügung stehenden Gefässe ist verringert. Die gesunden Lungentheile werden hyperämisch, diese Hyperämie bewirkt Catarrh und Secretion in den Bronchien und dadurch ihrerseits wieder eine weitere Erschwerung des Kreislaufs und auch des Gasaustausches. Eine Folge der abnormen Hindernisse für den Bluteintritt in die Lungen ist eine Dilatation und Insufficienz des rechten Herzens und secundär Stauung im ganzen Venensystem. Tritt nun Cyanose ein, dann ist es nicht leicht, zu entscheiden, ob die Beschränkung

Endocarditis
acuta
ulcerosa.

Endocarditis
simplex.

der athmenden Fläche und die dadurch bewirkte mangelhafte Decarbonisation des venösen Blutes in den Lungen, oder die Stauung des venösen Blutes in Folge des insuffizienten Herzens an der Cyanose Schuld trägt. Im Allgemeinen wirken beide Factoren mit und ich kann mich nicht dagegen vertheidigen, wenn man mir vorwirft, dass ich bei der Besprechung der Symptome der Lungenleiden auf der Haut, speciell bei der Erörterung der Cyanose, nicht die Betheiligung des Herzens genügend gewürdigt habe. — Nach Vorausschickung dieses Schuldbekenntnisses will ich zu dem uns heute beschäftigenden Thema übergehen und beginne mit der Endocarditis acuta ulcerosa, diesem auf pyämischer oder septischer Infection beruhenden Leiden. Die Veränderungen der Haut bei der Endocarditis ulcerosa sind dieselben, wie sie bei jeder Sepsis und Pyämie auftreten. Sie sind vornehmlich zurückzuführen auf Embolien der Hautgefässe, die zu pustulösen und pemphigusartigen Bildungen, Abscessen, Vereiterungen des Nagelbettes, umschriebener Hautgangrän Veranlassung geben. Der theoretische Gedanke, dass bei vollkommener Verstopfung bewirkender Embolie im Beginn der in Mortification übergehenden Hautanomalie eine centrale, weisse, anämische Stelle entsprechend dem Ausbreitungsgebiete des verschlossenen Gefässes sichtbar sein müsse, darf man nicht zu streng kontrolliren wollen. — Eine sehr schwere Aeusserung dieses Leidens auf der Haut ist der oft sehr hochgradige Icterus; Embolien der Lebergefässe sind die Ursache desselben. Weniger schwerwiegend sind Erytheme der Haut, die bald roseolaartig erscheinen, bald dem Scharlachexanthem ähneln, bald als diffuse erysipelatöse Röthungen sich darstellen. Ist die Krankheit weiter vorgeschritten, sind die Blutgefässwandungen brüchig geworden, ist das Blut zersetzt, dann kann es zur Entstehung von Petechien und grösseren subcutanen Hämorrhagien kommen, die den malignen Character des Leidens nur zu sehr verrathen. — Wenden wir uns zu der Endocarditis simplex, dann haben wir zunächst ihrer ätiologischen Beziehungen zu einigen Hautleiden zu gedenken. Das Erythema exsudativum multiforme, das Erythema nodosum, die Peliosis rheumatica, Purpura und verwandte Leiden sind es, nach denen man subacut oder acut Endocarditis simplex mit all ihren bösen Folgen hat sich entwickeln sehen, ohne dass man den Zusammenhang sich stets klar machen konnte. Es ist dieses nicht sehr wunderbar, so lange wir über die Entstehung der genannten Hautleiden selbst noch nichts bestimmtes wissen. Hat man auf der einen Seite den bakteriellen Ursprung der Purpura, des Erythema nodosum etc. zu beweisen gesucht, so ist es auf der anderen Seite zweifellos, dass das Erythema exsudativum multiforme einfach durch vasomotorische Einflüsse auf dem Wege des Reflexes hervorgerufen werden kann; hat doch Levin gezeigt, dass Reizung der Urethra mit Sabina bei manchen Individuen genügt, um mit

der Sicherheit eines Experiments ein multiformes Erythem entstehen zu lassen. Bis zur Klärung der Aetiologie der Erytheme etc., der vielleicht eine Sichtung derselben wird vorausgehen müssen, werden wir darauf zu verzichten haben, einen genauen Einblick in den Zusammenhang genannter Leiden mit endocarditischen Prozessen zu gewinnen und uns damit begnügen, die Thatsache zu registriren.

Das Endproduct der acuten und subacuten Endocarditis sind Defecte an dem Klappenmechanismus des Herzens, die wir zu dem bevorstehenden Zwecke en bloc besprechen können. Bei den Herzklappenfehlern kommen die Beziehungen des Herzens für die Haut allseitig zum Ausdruck. Wenn der Laie hört, dass ein Mensch herzkrank ist, und als schwer leidend angesehen wird, schüttelt er zuweilen wohl zweifelnd den Kopf: Der so gesund aussehende Mensch mit den frischen rothen Wangen soll krank sein, das will ihm nicht in den Sinn. Und doch ist diese Wangenröthe, in der ein geübtes Auge schon in einem sehr frühen Stadium einen bläulichen Schimmer herausfinden wird, oft die erste Aeusserung eines Herzleidens auf der Haut, ein Zeichen von Stauung, der erste Grad von Cyanose. Wir finden sie bei fast allen Herzklappenfehlern, bei dem einen früher, bei dem andern später, je nachdem die Insufficienz des Herzens früher oder später eine Verlangsamung des Blutstroms, eine Stauung im Venensystem, eine mangelhafte Decarbonisation des Blutes nach sich zieht. Die Cyanose, die meistens bei Herzleiden eine Ueberfüllung des Venensystems auf Kosten einer geringen Füllung des Aortensystems bedeutet, kommt natürlich am frühesten bei Fehlern im rechten Herzen zum Ausdruck, sodann bei Mitralfehlern, bei denen eine Stauung im kleinen Kreislauf, im rechten Herzen, in den Venae cavae sehr bald statt hat, am spätesten bei Aortenfehlern, bei denen die Hypertrophie des linken Ventrikels lange die Nachteile zu compensiren, die Betheiligung des kleinen Kreislaufs und des Venensystems hintanzuhalten vermag. Der Grad der Cyanose entspricht natürlich dem Grade der gestörten Compensation einerseits und dem Grade der Inanspruchnahme des Herzens, d. h. der Muskelthätigkeit andererseits. Beim Arbeiten, Gehen, Treppensteigen ist sie am hochgradigsten, im Ruhezustand kann sie auf ein Minimum zurückgehen. Die cyanotische Verfärbung ergreift zunächst die vom Herzen am meisten entfernten Körpertheile: Nasenflügel, Lippen, Wangen, Ohrläppchen, Fingerspitzen, Haut über dem Ellbogen, Zehen und Kniescheibe. Die cyanotischen Theile fühlen sich auch stets kühler an, weil bei der Verlangsamung des Blutstroms das Blut in der Zeiteinheit mehr Wärme an die Oberfläche abgiebt. An den Wangen kann es zu einer Rosacea, am After zur Hämorrhoidenbildung, an den unteren Extremitäten, bei denen noch das Gesetz der Schwere die Verlangsamung des Blutstromes steigert, zur Entstehung grosser Varicen kommen. — Die Blaufärbung der Haut als Aus-

druck insuffizienter Herzthätigkeit kann noch eine Variation erhalten, wenn sich dazu der gelbe Ton hinzugesellt, den ein in Folge von Leberstauung eingetretener Icterus mit sich bringt. Es entsteht dann eine schmutziggraue oder sogar schwärzliche Färbung, die als Melas-Icterus bezeichnet wird und oft die Diagnose sehr erleichtert.

Die höchsten Grade der Cyanose führen besonders im Gesicht, an den verdickten Lippen, der Nase, den Fingern zu tiefster Blaufärbung. Mit dieser können dann eine kolbige Verdickung der Endphalangen, die trommelschlägerartig aufgetrieben sind, und durch ossificirende Periostitis bedingte symmetrische Auftreibungen an Vorderarmen und Unterschenkel einhergehen. Letztere Veränderungen, die man auch bei Lungenleiden, besonders bei Bronchiektasien, findet, und daher nach Pierre Marie als *Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumonique* bezeichnet, erklärt dieser wie Bamberger durch Toxine, die bei primären oder secundären Anomalien in den Lungen gebildet werden. — Wir begegnen den schwersten Folgen der Cyanose besonders bei den congenitalen Herzfehlern, die ja meistens complicirter Natur sind. Pulmonalklappenfehler, Defecte in der Scheidewand der beiden Herzhälften etc. findet man gar oft combinirt. Die tiefblaue Färbung hat dazu geführt, dass diese angeborenen Herzkrankheiten unter dem Namen *Morbus cäruleus* zusammengefasst sind. Es ist nicht nöthig, dass bei derartigen Kindern die Cyanose schon bei der Geburt vorhanden ist, sie kann sich erst später allmählich mit fortschreitender Stauung und Compensationsstörung entwickeln. Nicht alle Autoren wollen zugeben, dass diese Cyanose bei angeborenen Herzleiden nur der Stauung ihre Entstehung verdankt, vielmehr nehmen sie an, dass die fast stets vorhandene abnorme Communication zwischen rechtem und linkem Herzen eine Mischung des arteriellen und venösen Blutes zur Folge hat, die die abnorme Färbung des Blutes und damit der Haut zur Folge hat. Demgegenüber ist aber zu bedenken, dass dann die Cyanose schon bei der Geburt vorhanden sein müsste, was, wie eben gesagt, notorisch nicht der Fall ist, da dieselbe sich oft erst im Laufe der Jahre bei den kurzlebigen Patienten entwickelt. Ausserdem aber spricht noch dagegen, dass man bei Menschen, die nie Cyanose gezeigt, auch Defecte in dem Septum oder anderweitige abnorme Verbindungen zwischen den grossen arteriellen und venösen Gefässen gefunden hat. Man wird also auch in diesen Fällen die Stauung als Ursache der Blaufärbung festhalten müssen.

Eine Folge der Stauung, der Behinderung des Rückflusses des Blutes sind die ausserordentlich häufigen Begleiter von Herzklappenfehlern, die Oedeme und das uns hier speciell interessirende *Anasarca*. Hindernisse im venösen Kreislauf führen zu einer Stauung des Hautwassers um die Venen und in den

Lymphwegen, die sich als ödematöse Anschwellung kenntlich macht. Hier, wie immer bei Hautödem, sind Vorgänge in den Venen resp. Alterationen der Venenwand die directe Ursache des Hautödems, während der Lymphstrom nur eine secundäre Rolle spielt. Man hat dieses experimentell erwiesen, indem man alle Lymphbahnen einer Extremität unterband ohne Hautwassersucht zu erzielen, die aber eine stete Folge ausgedehnter Venenunterbindungen ist. — Dass dem Oedem bei Herzleiden eine hohe Bedeutung zukommt, dass dasselbe, resp. die ihn bedingende Stauung, auf dem Wege secundär hinzutretender entzündlicher Processe zu hyperplastischen Bildungen, Elephantiasis, Stauungsdermatosen etc. führen kann, brauche ich hier wohl kaum weiter auszuführen. — Bemerkenswerth ist, dass die Oedeme bei Herzkrankheiten den Gesetzen der Schwere folgend, meist zuerst an den unteren Extremitäten auftreten, jedenfalls mit grösserer Regelmässigkeit, als es bei anderen Krankheiten, Hydrämie, Nephritis etc., der Fall ist. — Haben wir so die Hauptfolgen der Herzklappenfehler für die Hautbeschaffenheit erörtert, so können wir auf die nähere Besprechung der anderen Herzleiden, Myocarditiden, Pericarditiden etc., sowie der eigentlichen Blutgefässerkrankungen, besonders der Arteriosclerose, verzichten, da sie alle nur insoweit Erscheinungen auf der Haut machen, als sie zu einer Insufficienz der Herzthätigkeit führen, die in ihren Folgen sich mit derjenigen bei Herzklappenfehlern decken. Dagegen werden wir noch mancherlei anderer Vorgänge auf der Körperoberfläche zu gedenken haben, soweit ihnen bei einzelnen Herzleiden eine erhebliche Bedeutung zukommt. Vielleicht den Rahmen unseres Themas überschreitend, aber doch, weil der Adspection zugänglich, bei dieser Besprechung erwähnenswerth, ist der sichtbare Venenpuls und die Undulation der Venen. Der Venenpuls, wenn er deutlich ist, ist besonders im Gebiete der Vena cava inferior durchaus pathognomonisch für eine Insufficienz der Tricuspidalklappen, sei es, dass dieselbe eine absolute, sei es, dass sie eine relative ist. Das bei den Herzcontractionen in den rechten Vorhof zurückgetretene Blut löst auf seinem weiteren Wege in der Jugularis, seltener in der Leber und den Venen der unteren Extremitäten, eine rückläufige, systolische Pulswelle aus; die Venenklappen erweisen sich dem starken Anprall des Blutstromes gegenüber als nicht sufficient. Leichtere Andeutungen kann man allerdings schon in der Norm bei nicht gut ausgebildeten Venenklappen finden, deutlicher ausgesprochen beweist der Venenpuls aber eine Schlussunfähigkeit der Valvula tricuspidalis. — Eine an dem Venenpuls zu unterscheidende Erscheinung ist die Undulation der Venen, wie sie sich besonders bei Mitralfehlern findet. Es besteht dasselbe in einem Auf- und Abwogen des Blutes in den Venen bei Ueberfüllung derselben, das einerseits durch die Herzthätigkeit, andererseits besonders durch den Athemmechanismus

Venenpuls.

Undulation
der
Venen.

Capillarpuls.

hervorgerufen wird. In der inspiratorischen Phase schwellen die Venen durch Ansaugen des Blutes nach dem Brustraum ab, durch den steigenden Druck im Thorax während des Expiriums werden sie wieder stärker gefüllt. Ein irgend erheblicher diagnostischer Werth ist der Undulation der Venen nicht beizulegen. — Grosses, vielleicht übergrosses Gewicht wird dem Vorkommen des Capillarpulses bei Insufficienz der Aortenklappen zugeschrieben, der an den Nägeln, zumal, wenn man auf die Nagelspitze einen ganz leichten Druck ausübt, sichtbar wird. Wir sehen synchron mit dem Pulse ein Vorrücken des röthlichen Nagelantheils auf Kosten des weiss erscheinenden. In Folge der Möglichkeit des Rückflusses des Blutes in den linken Ventrikel bei der Diastole werden grössere Schwankungen in der Füllung der Gefässe hervorgerufen, die sich auf die Capillaren fortpflanzen und hier das Phänomen des Pulses auslösen. Es muss aber darauf hingewiesen werden, dass viele den Capillarpuls auch in der Norm gesehen haben und diesem daher nicht ohne weiteres der Stempel eines pathognomonischen Symptoms aufgedrückt werden darf.

Morbus
Basedowii.

Wenn ich hier die Besprechung des Morbus Basedowii anreihe, so will ich damit nicht sagen, dass ich den Herzpalpitationen eine gerade sehr hervorragende Bedeutung unter den drei charakteristischen Hauptsymptomen dieses Leidens zuschreibe oder gar in Veränderungen des Herzens die Ursache des Morbus Basedowii suche. Trotz zahlloser Arbeiten sind wir in der Erkenntniss desselben nicht viel weiter gekommen, der eine macht das Herz, der andere den Sympathicus, der dritte die Schilddrüse, der vierte das Centralnervensystem für die bekannten Symptomentrias verantwortlich, ein fünfter gar macht die Beobachtung, dass nach Beseitigung von starken Schwellungen in der Nase die Krankheit schwindet und zählt dieselbe zu den zahlreichen von der alles verschuldenden Nase ausgehenden Reflexneurosen. Wessen Ansicht auf die meisten und vollgünstigen Beweise sich stützt, oder ob gar der Basedow'schen Krankheit kein einheitliches ätiologisches Moment zukommt, das zu erörtern liegt ausserhalb des Rahmens unserer Vorträge; wir haben das Leiden hier nur von einem Gesichtspunkte zu betrachten, seine Beziehungen zu Hautanomalien in Erwägung zu ziehen. Es ist demselben in jüngster Zeit viel Aufmerksamkeit zugewendet, und dabei hat es sich gezeigt, dass neben den drei charakteristischen Symptomen gerade die Haut oft bemerkenswerthe Veränderungen zeigt, unter denen neben einem auffallend lebhaften Hitzegefühl die starke Schweisssecretion besonders zu nennen ist. Ohne dass eine besondere Körperanstrengung nöthig wäre, schwitzen solche Kranke beständig. Neben dieser Secretionsanomalie ist auch eine vasomotorische zuweilen beobachtet; die Vasomotoren zeigen eine starke Erregbarkeit, eine grosse Labilität, die sich nach Trousseau in, nach

leichtem Druck auf die Kopfhaut, schnell entstehenden rothen Flecken äussert. Jedoch findet man dieses Symptom nicht häufig, und darf es auch nicht als nur dem Morbus Basedowii eigenthümlich ansehen. Häufig ist Neigung zur Quaddelbildung, in einzelnen Fällen auch eine Broncefärbung der Haut, ähnlich der bei der Addison'schen Krankheit auftretenden, beobachtet worden, ohne dass man eine besondere Ursache dafür eruiren konnte. Von Interesse ist noch eine Erscheinung an der Haut, die Verminderung des galvanischen Leitungswiderstandes, eine Herabsetzung der relativen Widerstandsminima, die bei positivem Befunde nicht ohne Bedeutung sein soll. Uebrigens sei erwähnt, dass Kahler dieses Symptom als eine Folge der anderen, oben genannten, Hautveränderungen, speciell der Hyperhidrosis ansieht. Derselben Erscheinung ist man jüngst bei der Sklerodermie begegnet und beim Myxödem. Letzteres ist um so interessanter für mich, als ich in einem Falle von Morbus Basedow eine Beschaffenheit der Haut beobachten konnte, die sehr an Myxödem erinnerte. Das subcutane Fettgewebe hatte eine mehr starre rigide Beschaffenheit, leistete der eindringenden Nadel der Pravaz'schen Spritze einen ganz abnormen Widerstand, zeigte also eine ähnliche Constitution, wie wir sie als pathognomonisch bei dem Myxödem finden, dessen Besprechung ich hier um so lieber an den Morbus Basedow anlehnen möchte, als wir ja in der Anomalie der Schilddrüse einen Berührungspunkt für beide Leiden haben. Dass die Organveränderung beim Morbus Basedow eine hypertrophische, hier eine atrophische ist, thut der Verwandtschaft beider Leiden keinen Abbruch, kann sogar vielleicht uns für die Auffassung derselben einen Wink geben. Wenn wir auf die Hautbeschaffenheit beim Myxödem näher eingehen, so fällt neben der erwähnten electrischen Anomalie auf, dass dieselbe verdickt, wie ödematös erscheint; jedoch lässt sich durch Fingerdruck keine sich langsam ausgleichende Grube hervorrufen. Die Farbe ist bald mehr blass, bald mehr wachsähnlich, die Oberfläche trocken, rissig, schuppig. Der ganze Körper zeigt die gleiche Beschaffenheit, nirgends ist dieselbe aber so charakteristisch wie im Gesicht. Das Gesicht erhält durch die Verdickung der Haut, die geringe Verschieblichkeit und Beweglichkeit derselben, die durch Degeneration in den Muskeln mit bedingt ist, das Verstreichen der Hautfalten, die Gedunsenheit, besonders an den Augenlidern, ein plumpes, schwerfälliges, ausdrucksloses Gepräge, das dem gleichzeitigen Verfall der geistigen Thätigkeit entspricht. Eine ausgedehnte Bindegewebswucherung mit Einlagerung von Schleimgewebe ist die anatomische Grundlage dieser pathologischen Verdickung der Haut. Charcot hat dieses traurige Leiden in sehr treffender Weise als Cachexie pachydermique bezeichnet, welcher Ausdruck dem als Cachexia strumipriva beschriebenen, mit dem Myxödem verwandten oder identischen Leiden entspricht, das Kocher nach

Myxödem.

Cachexia
strumipriva.

Totalexstirpation der Schilddrüse sich hat entwickeln sehen. Will man nicht etwa Munk Recht geben, der durch Nebenverletzungen bei der Operation die Cachexie erklärte — und nur wenige werden wohl die Beweiskräftigkeit seiner Experimente anerkennen — dann wird man bei beiden Leiden den Ausfall der Functionen der Schilddrüse als ätiologisches Moment annehmen. Zweifellos producirt die Schilddrüse einen Stoff, der zur Erhaltung des geistigen Normalzustandes und, was uns hier besonders interessirt, einer normalen Haut nothwendig ist. Diesen zu isoliren, ist eine schöne aber schwere Aufgabe der Physiologie und der alles erklärenden Chemie.

V. Vortrag.

Krankheiten der Nieren, der Nebennieren und des Genitalapparates.

Meine Herren!

Bilden cyanotisches Aussehen und Oedeme das Characteristicum der Herzkranken, so sind anämisches Aussehen und Oedeme die Attribute der Nierenleidenden. Gedunsenes Gesicht, etwas geschwollene Augenlider, blasse Haut, müssen in uns sofort den Gedanken an pathologische Veränderungen der Nieren wachrufen, als Wink für unsere Untersuchung gelten; meistens werden wir nicht fehlgehen, wenn auch manch anderes Leiden ein ähnliches Bild geben kann. Die Anämie der Nephritiker ist bedingt durch drei Factoren, die in einander greifen. Erstens ist die mangelhafte Wasserausscheidung von Bedeutung, die eine hydrämische Beschaffenheit des Blutes bedingt; zweitens leidet die Blutzusammensetzung unter der Einwirkung der Retention vieler Stoffe, die, sonst zur Excretion bestimmt, jetzt im Blute circuliren, dieses und den gesammten Stoffwechsel ungünstig beeinflussend. Endlich aber wirkt der stete Eiweissverlust in hohem Masse fördernd auf die Anämie, da dem Körper andauernd ein Theil seines Nährmaterials mit dem Urin verloren geht, dessen Ersatz durch entsprechende Aenderungen in der Ernährung schwer oder gar nicht bewirkt werden kann. Allerdings darf man die Bedeutung der Albuminurie für die Blutmischung nicht zu hoch anschlagen, denn selten ist die Eiweissausscheidung sehr gross, 10—20 g täglich, und, wenn sie gross ist, hält sie selten lange an. — Die Entstehung der Oedeme bei Nierenentzündungen ist nicht so leicht zu erklären, wie es wohl scheinen möchte, sie hat jedenfalls andere Ursachen wie der Hydrops bei Herzleidenden. Von Stauung im Venensystem kann ja bei Nieren-

affectionen in der Regel keine Rede sein. Allerdings kann es bei Nephritikern auch zu hydropischen Erscheinungen durch Stauung kommen, nämlich in den Fällen, in denen das Herz sehr in Mitleidenschaft gezogen ist und secundär insufficient wird. Es existiren ja bekanntlich zwischen Nephritiden und der Hypertrophie des linken Ventrikels Beziehungen, die weder das Experiment noch klinische Beobachtung bisher haben ganz klar legen können; weder der vermehrte Widerstand im Kreislauf, noch die giftigen Eigenschaften der retinirten Harnbestandtheile, sind zur Lichtung des dunklen Zusammenhanges ausreichend. — Im allgemeinen ist aber das nephritische Oedem von Stauung unabhängig. Was ist dann aber das veranlassende Moment? Und warum bevorzugt das Oedem bei Nierenleiden gerade so das Unterhautbindegewebe? Das sind zwei Fragen, die wir zu beantworten suchen müssen. Es ist vor allem begreiflich, dass Flüssigkeitsansammlung im Körper erfolgen kann, wenn die Flüssigkeitsausscheidung aus dem Körper unter der Norm bleibt, was ja bei pathologischen Veränderungen der Fall sein kann. Tritt nicht die Schweisssecretion oder Darmsecretion vicariirend ein, dann muss sich das Wasser im Körper anstauen. Dieses führt natürlich zu einer Verdünnung des Blutes, welche durch Herabsetzung des specifischen Gewichts bewiesen werden kann. Das verdünnte Blut kann nun leichter diffundiren, zumal die Gefässwände in Folge der mangelhaften Blutversorgung durch die Vasa vasorum in ihrer Constitution geschädigt werden und der Diffusion günstige Bedingungen schaffen. Zieht man nun ferner in Betracht, dass ausserdem im Blute, wie erwähnt, retinirte Excretionsstoffe kreisen, die als Gewebsgifte wirken und eine Alteration der Gefässwände hervorrufen können, dann wird man sich hypothetisch wenigstens davon ein Bild machen können, dass alle diese Factoren zusammen, die Wasseransammlung im Körper, die Verdünnung und grosse Diffusionsfähigkeit des Blutes, die Alteration der Gefässwände, wohl hydropische Erscheinungen auszulösen vermögen. Aber alles dieses sind nur Hypothesen, bewiesen ist da fast gar nichts. Ich will auch nicht unerwähnt lassen, dass Fälle vorkommen, die sich denselben absolut nicht fügen wollen. Wir sehen ja bei chronischen Nephritikern zuweilen eine tagelang anhaltende Anurie, also auch mangelhafte Ausscheidung von Flüssigkeit, Retention giftiger Stoffe, die durch urämische Erscheinungen ihre Anwesenheit verrathen, und doch kommt es zu keiner Spur von Anasarca. Wir sehen andererseits bei Schrumpfnieren oft massenhafte Urinsecretion, die keinen Schluss speciell auf Retention von Flüssigkeiten gestattet, und doch, wenn auch nicht oft, starken Hydrops. Das sind Bedenken, die nicht unterdrückt werden können. Wir werden, um diesen zu begegnen, wohl zu der Annahme uns entschliessen müssen, dass sich in den Hautgefässen, speciell in den Hautvenen, parallel mit dem Nierenleiden, pathologische Veränderungen

entwickeln, die die Wasseransammlung im Unterhautbindegewebe begünstigen. Dieser Gedanke dürfte uns um so weniger fremdartig erscheinen, als ja ein Zusammenhang zwischen anomalen Vorgängen auf der Haut und Erkrankungen in den Nieren nicht unbekannt ist. Durch eine solche Hypothese würde auch gleichzeitig die zweite Frage, die wir uns oben gestellt haben, am einfachsten ihre Erledigung finden, warum die Oedeme bei Nephritis gerade das Unterhautbindegewebe bevorzugen. Experimentell ist nämlich erwiesen, dass in der Norm gerade das Unterhautbindegewebe auf eine Flüssigkeitsansammlung im Blute nicht mit Anasarca antwortet, d. h. gerade die Hautvenen für den Durchtritt des Wassers die ungünstigsten Bedingungen bieten. Eine anatomische Läsion derselben würde den Widerspruch mit dem Experiment erklären, aber mikroskopisch bewiesen ist sie noch nicht.

Wenn wir gerade von dem Parallelismus zwischen Haut- und Nierenveränderungen sprechen, möchte ich hier gleich die Erwähnung der Nierenentzündungen anknüpfen, die im Gefolge mancher acuter Exantheme auftreten, am häufigsten nach Scharlach, dann nach Masern, selten auch, wie Henoch gezeigt hat, nach Varicellen. Auch hier werden wir die Vorgänge in der Haut und den Nieren als parallel gehende Aeusserungen desselben infectiösen Agens ansehen müssen, nicht etwa die Nephritis als Folge der entzündlichen Vorgänge in der Haut auffassen können. Vielleicht ist ein Zusammenhang insofern vorhanden, als, wie Leichtenstern ausführt, die im Blüthestadium in der Haut localisirte Noxe beim Schwinden der Hauterscheinungen durch Resorption in die Lymphwege und den Blutkreislauf gelangt und so auch die Nieren heimsucht, um sich hier zu etabliren. Zweifel lassen sich gegen diese Auffassung ja erheben, da es mir nicht wahrscheinlich dünkt, dass die Infectionsträger nur in der Haut sitzen, bis zum Rückgang der Hauterscheinungen ganz dem Blutkreislauf fern bleiben sollen. Bestimmtes ist hierüber natürlich nicht zu sagen, so lange wir die eigentlichen Mikroorganismen des Scharlach etc. — dass solche die Ursache sind, ist wohl zweifellos — nicht kennen. Nach ihrer Entdeckung, die hoffentlich nicht mehr zu lange wird auf sich warten lassen, werden wir klarer in die Geheimnisse einzudringen vermögen. Bis dahin können wir uns mit Hypothesen begnügen, das hat keinen Nachtheil, wofern wir nur uns dessen bewusst bleiben, dass es nur Hypothesen sind und nicht aufhören, weiter zu forschen. Hypothesen sind nicht Endpunkte, sondern nur Ausgangspunkte wissenschaftlicher Arbeit.

Der Urämie, als einer Folge von Nierenleiden, müssen wir hier noch gedenken, da sie zuweilen mit Hautveränderungen einhergeht. Da ist vor allem die Harnstoffablagerung in der Haut zu erwähnen, die bei mangelnder Secretion der Nieren sich findet. Durch die vicariirend eintretenden Schweissdrüsen gelangt der

Urämie.

Harnstoff auf die Körperoberfläche, Urhidrosis, und lagert sich hier in Krystallen ab. Gleichzeitig erhält der Schweiss einen urinösen Geruch, der aber auch ohne Krystallablagerung bei Anurie und Urämie vorkommt. Wenn ich sage, dass diese Krystalle aus Harnstoff bestehen, drücke ich mich eigentlich zu positiv aus, denn es sind die Untersuchungen über die chemische Bedeutung dieser Krystalle noch nicht genau genug, um es ausschliessen zu können, dass nicht andere Excretionsstoffe sich in solchen Fällen auf der Haut in Krystallen absetzen. Im ganzen ist der Befund von derartigen Krystallen auf der Haut ein seltener, da derselbe an eine Schweisssecretion gebunden ist, diese aber bei Urämie meistens bis zum vollkommenen Versiegen stockt, so dass die Haut trocken und spröde erscheint. Sie wieder anzuregen, ist bekanntlich das hauptsächlichste therapeutische Bestreben. Von sonstigen Hautaffectionen kommen bei der Urämie noch eigenthümliche Maculae und Papulae vor, die hellroth sind, auf den Streckseiten auftreten und sich von hier über den ganzen Körper verbreiten. Dieselben erregen starkes Jucken und verschwinden unter Abschilferung und Hinterlassung einer bläulichen, verdickten Hautstelle oder sie führen zur Ekzembildung, zuweilen mit Uebergang in Pusteln und Abscesse. Diese Erscheinungen, welche von den Autoren als trophoneurotische Vorgänge aufgefasst werden, sollen prognostisch von schlechter Bedeutung sein.

Krankheiten
der
Nebennieren.
Morbus
Addisonii.

Lassen Sie uns an dieser Stelle die Besprechung eines Organs einschalten, das der medicinischen Wissenschaft schwer zu lösende Räthsel aufgibt, dessen Beziehungen zu gewissen abnormen Hautpigmentirungen von grösstem Interesse sind. Es ist dieses die Nebenniere, die allerdings mit der Niere nur die durch ihre Lagerung bewirkte Verwandtschaft des Namens hat. Die Erkrankungen der Nebennieren haben, seitdem Addison die nach ihm benannte Krankheit beschrieben hat, bei derselben als ätiologisches Moment stets im Vordergrunde gestanden. Das sinnfälligste Symptom des Morbus Addisonii, der ausserdem durch eine allgemeine Asthenie in physischer und psychischer Beziehung und durch das Darniederliegen der Verdauung gekennzeichnet ist, ist eine dunkelbraune bis broncefarbige Pigmentirung der Haut, die besonders an den schon in der Norm stärker pigmentirten Stellen, den der Luft ausgesetzten oder vom Druck der Kleider getroffenen Körpertheilen sich kenntlich macht. Das Pigment ist im rete Malpighii abgelagert, scheint daselbst aber nach zahlreichen Untersuchungen nicht durch metabolische Vorgänge in den Retezellen zu entstehen, sondern wird der Stachelschicht durch Wanderzellen zugeführt, entstammt also direct dem Blutfarbstoff. Die Frage, welcher Art die Beziehungen der Nebennieren zu der Pigmentirung sind, respective ob überhaupt diese und nicht etwa andere Organe zu derselben Veranlassung geben, hat viele Untersucher beschäftigt, ist aber heute

noch nicht stricte zu beantworten. Bestimmt ist einerseits, dass die Nebennieren in den meisten Fällen von Morbus Addisonii tuberculös oder carcinomatös erkrankt gefunden wurden, während sie bei einigen Fällen auch sich als normal erwiesen, dagegen aber im sympathischen und cerebropinalen Nervensystem pathologische Zustände sich feststellen liessen. Andererseits ist es umgekehrt auch zweifellos, dass Erkrankungen der Nebennieren gefunden sind, ohne dass der Patient das Bild des Morbus Addisonii und vor Allem die charakteristische Hautverfärbung dargeboten hätte. Um Klarheit in die Sache zu bringen, hat man vorerst festzustellen versucht, welches die physiologische Bedeutung dieser räthselhaften Organe ist. Reihen wir die gefundenen Thatsachen, ohne näher auf die Untersuchungen einzugehen, so weit sie für uns von Belang sind, einfach an einander, dann kann man folgendes als wahrscheinlich richtig annehmen: Die Rinde der Nebennieren steht zur Blutbildung, das Mark zum Nervensystem, speciell zum Sympathicus in Beziehung. — Das Wachsthum und die Entwicklung der Nebennieren ist abhängig von der normalen Entwicklung des Gehirns; bei Hemicephalen hat Zander normal gebildete Nebennieren niemals gefunden. — Die Exstirpation der Nebennieren bewirkt Anomalieen im Centralnervensystem durch weitgehende Degeneration der Ganglien und Nervenfasern und auch Alteration der Gefässe. Im Gefolge derselben entsteht nach Tizzoni ein dem menschlichen Morbus Addisonii ähnliches Krankheitsbild. — Kraft ihrer Verbindungen mit dem Splanchnicus, dem Ganglion cöliacum und dem Nierengeflecht hat die Nebenniere einen Einfluss auf die Darm- und Nierenthätigkeit, und zwar stellt sie nach Jacoby eine Hemmungsvorrichtung dar. — Der Sympathicus und besonders die Spinalganglien haben nach Fleiner eine grosse Bedeutung für die Hautpigmentirung, und zwar ist dieses als trophischer Vorgang aufzufassen. — Ueberblicken wir diese Thatsachen, dann werden wir die Symptome beim Morbus Addisonii doch mit einiger Sicherheit erklären können, wenn wir von den Nebennieren als den Hauptthäterinnen ausgehen. Functionelle Störung derselben mit oder ohne pathologisch-anatomische Veränderungen können die Verdauungsstörungen, die zuweilen vorkommende Polyurie durch Ausfall der Hemmungsvorrichtung, die Anomalie des Nervensystems durch secundäre, degenerative Prozesse in demselben erklären. Pflanzt sich die Erkrankung oder die anomale Function vom Marke der Nebennieren durch die bestehenden Verbindungen auf den Sympathicus und die Spinalganglien fort, dann erhalten wir abnorme Hautpigmentirung auf indirectem und zwar nervösem Wege, wie ihn ja auch Nothnagel nach Feststellung des Ursprungs des Pigments aus dem Blute glaubt annehmen zu müssen. So kann man sich also den Zusammenhang dieses dunkeln Organs mit der Addison'schen Krankheit construiren und so wird derselbe auch wohl jetzt meist aufgefasst.

Es wäre aber vermessen, anzunehmen, dass diese Construction eine fest begründete, unumstössliche ist, dazu ist ihre Basis, das ist die Kenntniss der physiologischen Function der Nebennieren noch nicht sicher genug begründet. Es wird Aufgabe der Zukunft sein, dieses Fundament fester zu legen und andererseits weitere Bausteine in Gestalt klinischer und pathologisch-anatomischer Beobachtungen herbeizuschaffen.

Kehren wir zu dem eigentlichen Urogenitalapparat zurück, so will ich die Erkrankungen der Blase übergehen, da sie nicht viel Lehrreiches bieten. Zuweilen liest man von einer bei mit Blasensteinen behafteten Kranken in vorgeschrittenen Stadien sich entwickelnden Steinkachexie, die sich durch Abmagerung, fahle Hautfarbe etc. kennzeichnen soll, jedoch ist diese wohl schwerlich durch irgend ein äusseres Merkmal von jeder anderen Cachexie zu unterscheiden. — Eingehen will ich hier nur noch auf gewisse Hautanomalieen, die im Geleite von Erkrankungen und physiologischen Vorgängen in den weiblichen Genitalien erscheinen, und zwar in erster Reihe auf die Chloasmen, die sogenannten Leberflecke. Es ist ja bekannt, dass diese Pigmentablagerungen bei mannigfachen gynäkologischen Leiden und besonders in der Gravidität eine gewisse Rolle spielen; sie äussern sich theils als mehr diffuse Verfärbungen am Warzenhof, in der Linea alba, theils als umschriebene stark pigmentirte Flecke, besonders an der Oberlippe, dem Kinn und an der Stirn, wo aber die Haargrenze gewöhnlich frei bleibt. Schon Hippocrates kannte diese Flecke und bezeichnete sie mit dem Namen *ἐμφυλῖς*, eine Bezeichnung, die wir jetzt ganz für die Sommersprossen reserviren. — Für die Entstehung des Chloasma uterinum macht Jeannin in der Gravidität das Fortfallen der Menstruation, die Amenorrhoe verantwortlich; Cohnstein schiebt dasselbe auf eine Chlorose und die diese nach Virchow begleitende Hypoplasie der Gefässe; bei Steigerung des Blutdrucks im Aortensystem soll dann eine Diapedesis von Blutkörperchen, ein Freiwerden des Farbstoffs aus denselben und eine Umwandlung des Hämoglobins in Pigment erfolgen. Halten wir auch daran fest, dass das Pigment aus dem Blutfarbstoff entsteht, ohne uns auf die Frage, ob die Zellen des rete auch ohne diesen metabolisch Pigment bilden können, weiter einzulassen, so werden wir doch die letztgenannte gekünstelte Hypothese schwerlich acceptiren. Für wahrscheinlich können wir es wohl bezeichnen, dass die Pigmentbildung unter Einfluss des Nervensystems in diesen Fällen erfolgt; dass letzteres, und speciell der Sympathicus und die Spinalganglien zu der Pigmentbildung in Beziehung stehen, haben wir ja eben erst bei der Besprechung des Morbus Addisonii erörtert. Natürlich ist der Vorgang dadurch noch nicht aufgeklärt, er ist aber unter die

allgemeinere Frage rubricirt: Auf welchem Wege führen trophische Einflüsse zu Pigmentbildung?

Mehr als vasomotorische, von den Genitalien ausgehende Reflexe, stellt sich die Rosacea des Gesichtes dar, die oft mit Seborrhoe und Acne gepaart ist. Sie ist bei mit gynäkologischen Leiden behafteten Frauen ein durchaus nicht seltenes Uebel. Die rothe Nase hat bei Frauen also lange nicht so oft die bekannte ominöse Bedeutung, und fordert, wenn nicht Verdauungsstörungen wie Magenerweiterung und besonders die bei Frauen so häufige Obstipatio chronica sie erklären, zu einer gründlichen gynäkologischen Untersuchung auf. Allerdings soll man die Vertrauensseligkeit bezüglich des Alkoholgenusses nicht zu weit treiben, denn nicht alle Frauen sind demselben ganz abhold.

Die Beziehungen der Haut zu der im Körperhaushalt der Frauen so bedeutsamen Menstruation sind sehr mannigfaltiger Natur. Schon die sonst normal verlaufende Menstruation ist bei manchen kräftigen wie schwächlichen Personen von Hautanomalien begleitet, die irgendwie krankhaft alterirte natürlich erst recht. In der Litteratur ist eine ganze Reihe von Menstruationsexanthemen beschrieben worden. Um sich dieser Benennung würdig zu zeigen, müssen die Exantheme natürlich einen typischen Verlauf zeigen, mit der Menstruation kommen und gehen, bei eintretender Gravidität schwinden, um mit den nach Beendigung derselben wieder sich einstellenden Menses eventuell wiederzukehren. Am häufigsten findet man Erytheme, diffuse und umschriebene, nur einen rothen Fleck darstellende; ihr Sitz ist besonders oft das Gesicht; in einem typischen Falle war es der Oberschenkel. Diese Erytheme können auch einen exsudativen Character annehmen, und, wenn sie dann diffuse sind, einem Erysipel ähneln; der Franzose bezeichnet sie dann als Erysipel cataménial.

Menstrua-
tions-
exantheme.

Seltener sind Herpes, Ecchymosen beobachtet. In manchen Fällen ist es gelungen, durch Beseitigung irgend welcher dysmenorrhöischer Erscheinungen die Hautanomalien dauernd zu heilen, oft bleiben sie mit der Zeit von selbst fort. Dass es sich bei diesen Exanthemen um Reflexneurosen wohl durchweg handelt, wird besonders dadurch bewiesen, dass sie sich meistens bei auch sonst nervöse und hysterische Erscheinungen zeigenden Patientinnen findet. Wodurch gerade bei diesen in der Haut die Prädisposition zu Reflexanomalien gegeben ist, das ist nicht leicht oder gar nicht zu bestimmen.

Von den eben geschilderten Veränderungen sind diejenigen zu trennen, welche bei ausbleibender Menstruation, bei Amenorrhoe, gleichsam als Ersatz für dieselbe an der Haut zu Tage treten, und zwar vornehmlich als vicariirende Hautblutungen. Das Blut dringt zur Zeit, in der die Menses fällig sind, entweder aus der scheinbar normalen Haut, eine secretorische Anomalie, die meist als Blutschwitzen bezeichnet wird, oder

bestehende Geschwüre, Fisteln sondern stark hämorrhagische Flüssigkeiten ab, oder endlich das Blut macht sich sonst irgend wo an einem in der Haut gelegenen Locus minoris resistentiae Luft. Es giebt aber auch vicariirende Hautentzündungen, Ekzeme, Erytheme, Erysipeloide, es giebt auch einen vicariirenden Icterus, der vielleicht als Folge einer Leberhyperämie anzusehen ist; sobald diese Anomalien bei fehlender Menstruation das für dieselbe typische Auftreten zeigen, müssen sie auch als Aequivalente der Menstruation aufgefasst werden. — Dass die Entstehung all dieser Vorgänge uns sehr unklar sind, und wir über vage Hypothesen noch nicht herauskommen, ist nicht zu leugnen, deshalb müssen wir aber doch das Vorkommen der Thatsachen anerkennen. Unser Wissen ist noch nicht so weit gediehen, dass wir von allem, was wir nicht verstehen, einfach sagen können, es sei nicht wahr.

VI. Vortrag.

Krankheiten des Nervensystems.

I.

Krankheiten der peripheren Nerven.

Neuropathische Hautleiden. — Motorische Lähmungen. — Neuralgien. —
Anästhesieen. — Periphere Neuritis.

Meine Herren!

Bevor wir in die Mysterien der einzelnen Nervenkrankheiten und ihrer Beziehungen zu Hautanomalien einzudringen suchen, wird es wohl, um uns das Verständniss zu erleichtern, von Vortheil sein, wenn wir vorher die neuropathischen Hautleiden eine kurze Revue passiren lassen; sie haben in den letzten Jahren eine besondere Würdigung erfahren. Wir werden uns dabei zweckmässig den verschiedenen Functionen der verschiedenen Nervenfasern anschliessen und mit den Anomalieen zu beginnen haben, die von den sensibeln Nervenfasern ausgehen. Diese theilt man ein in Hypästhesieen, Anästhesieen und Hyperästhesieen, je nachdem die Sensibilität vermindert, geschwunden oder gesteigert ist, und hat dann noch verschiedene Unterabtheilungen zu trennen, je nachdem sich diese Störungen auf alle Gefühlsqualitäten erstrecken, oder nur auf die Tast-, Druck-, Temperatur- oder Schmerzempfindung; in letzterem Falle werden sie dann als Hyp-, An- oder Hyperalgesie bezeichnet. Dazu kommen aber noch eine Reihe von Gefühlsstörungen, die ganz abnorme, der normalen Haut fremde Empfindungen auslösen, so vor allem alle Parästhesieen, die sich in Ameisenkriechen, Gefühl von Pelzigsein und Taubsein, Kribbeln, Kitzeln oder vornehmlich in Jucken äussern, alles specifische und uns nicht sehr verständliche Gefühlsäusserungen der sensibeln Hautnerven. An diese sind noch mehrere Sensibilitäts-

Neuropathische Hautleiden.

anomalieen anzureihen, die sich in kein Schema fügen. Die paradoxe Empfindung: beispielsweise die Verwechslung von Wärme und Kälte; — die Doppelempfindung, von Naunyn bei Tabes beobachtet: ein Hautreiz wird als doppelter gefühlt; die verlangsamte Leitung: es liegt zwischen Reiz und Empfindung ein abnorm grosser Zwischenraum; — die Anästhesia dolorosa: es werden Schmerzen in Theilen geklagt, die das Empfindungsvermögen für äussere Reize verloren haben; — die Nachempfindung: ein percipirter Reiz löst nach einiger Zeit nochmals eine Empfindung aus; — endlich die Dysästhesie, beschrieben von Charcot: eine bei Berührung sich in weitem Umfange ausbreitende Empfindung von Vibriren. — Geringer an Zahl sind die Anomalien motorischer Hautnerven, der Dermospasmus und die Cutis anserina. Manche rechnen auch die Prurigo zu den Motilitätsneurosen. Alle genannten Neurosen fasst Auspitz in seinem geistreichen, wenn auch etwas gekünstelten und von Mängeln nicht freien System der Hautkrankheiten zusammen unter dem Namen: Idioneurosen.

Als zweite Gruppe schliessen sich dann an die Angioneurosen, vasomotorische Störungen durch Reizung oder Lähmung der Vasoconstrictoren oder der Vasodilatatoren. Diese vasomotorischen Neurosen können auf directen Reiz eintreten oder — und das ist das häufigere — auf dem Wege des Reflexes. Wir finden da als diffuse Aeusserungen vasomotorischer Vorgänge das Erröthen und Erblassen, als örtliche den cutanen Angiospasmus, wie Nothnagel ihn nennt. Hierher gehören dann die angioparalytischen Flecke, herdweise auftretende landkartenartige Röthungen, bei manchen Nervenleiden als *tâches cérébrales* de Trousseau bekannt, manche Erytheme, die Rosacea und die Urticaria. Letztere fasst Unna als Folgen eines Venenspasmus auf, der zu Quaddelbildung führt. Ein besonders interessantes Leiden, das hierher zu zählen ist, stellt die Erythromelalgie, auch Paralyse vasomotrice des extrémités genannt, dar. Sie tritt besonders bei Männern zwischen 30 und 40 Jahren auf, die viel der Kälte ausgesetzt sind, mit lebhafter Röthung, geringer Schwellung, starker Schmerzhaftigkeit der um 2—5 Grade zu heissen Haut. Der Schmerz nimmt zu in der Wärme, im Sommer; Kälte mindert ihn. Die Krankheit kann besonders bei Hebung des Körpergewichtes schwinden, um aber leicht zu recidiviren.

Anomalien auf der Haut, als Folgen von Erkrankungen secretorischer Nervenfasern, kennen wir nur insoweit, als sie die Schweisssecretion betreffen, während für die Thätigkeit der Talgdrüsen secretorische Nervenfasern noch nicht gefunden sind. Unter Nerveneinfluss kann Hyperhidrosis universalis und partialis, Anhidrosis universalis und partialis eintreten; endlich giebt es auch eine Parhidrosis, die sich kund giebt durch eine Veränderung in der Farbe, Chrom-

hidrosis, durch Blutgehalt des Schweißes, Hämhidrosis und Anomalien des Geruchs, Osmhidrosis. — Alle übrigen Hautveränderungen, die unter Nerveneinfluss sich entwickeln, müssen wir in das grosse Gebiet der Trophoneurosen verweisen, von denen Samuel, weniger experimentell als durch klinische Beobachtung, bewiesen hat, dass sie besonderen trophischen Nervenfasern ihre Entstehung verdanken. Gerade die Trophoneurosen der Haut haben bei der Beweisführung zur Begründung der Existenz trophischer Nervenfasern eine grosse Rolle gespielt, da die nackte Haut des Menschen sich besonders gut zum Studium von Ernährungsstörungen eignet. Der experimentellen Beweise hat man ja nicht viel beibringen können. Allerdings hat Samuel gezeigt, dass nach Durchschneidung des Plexus axillaris ein langsam progressiver Wachstumsdefect der Flügelfedern eintritt als Ausdruck einer Verminderung, wenn auch keines Erlöschens der histogenetischen Energie, allerdings hat Michelson schon 4 Tage nach der Durchschneidung des N. medianus die Vater-Pacini'schen Körperchen fettig degeneriren sehen; allerdings hat Joseph durch nicht sehr zuverlässige Experimente geglaubt, beweisen zu können, dass nach Exstirpation des Spinalganglion des zweiten Cervicalnerven auf trophischem Wege Alopecie eintritt — aber diese spärlichen experimentellen Beweise verschwinden gegenüber der erdrückenden Fälle klinischer, nur durch das Vorhandensein trophischer Nerven erklärlicher Beobachtungen, die das Gebiet der Trophoneurosen der Haut ausmachen. Zunächst gehört zu diesen die neurotische Atrophie der Haut und seiner Adnexa. Diese tritt auf als Glanzhaut, Glossyskin; die Haut erscheint glatt, glänzend, wie gefirnisst, dünn, trocken, marmorirt; die Schweissbildung schwindet, die Nägel sind deformirt; — als Liodermia neuritica, als Alopecia neurotica, Causties neurotica, Onychogryphosis neurotica und endlich, wenn nur am Pigment atrophische Vorgänge nachweisbar sind, als Albinismus partialis, auch Morphoea oder Vitiligo benannt, welcher zuweilen genau dem Verlaufe eines Nerven folgt und sogar symmetrisch auftreten kann. Ich will dabei nicht unerwähnt lassen, dass manche Autoren alle diese eben genannten Leiden nicht für Folgen von gestörter Function trophischer Nerven halten, ebenso wie sie die nach Nervendurchschneidung eintretende Atrophie nicht als durch trophische Vorgänge bedingt ansehen. Vielmehr glauben sie, dass vasomotorische Störungen, speciell als Folge von Lähmung der Vasodilatatoren, mangelhafte Blutversorgung, Anämie bewirken, die zu ungenügender Ernährung und Atrophie führt. Dieses sucht Samuel mit Erfolg durch den Hinweis zu widerlegen, dass die Paralyse der Vasodilatatoren niemals Anämie bewirkt. Dieselbe macht nur die maximale Dilatation unmöglich. Durchschneidet man Nerven und lähmt damit natürlich alle Vasomotoren, nicht nur die Vasodilatatoren, so

entsteht im Gegentheil Hyperämie, und diese kann doch nicht Atrophie im Gefolge haben. Es giebt überhaupt keine Nerven, deren Lähmung Anämie bewirkt, und dem entsprechend sollen an solchen von trophischen Störungen heimgesuchten Stellen auch niemals Zeichen von Anämie nachweisbar sein. — Kommen wir zu den neurotischen Hyperplasien der Haut, so sind die Hauthypertrophien bei Cretins, die sogenannten Nerven-naevi, die in ihrer Anordnung bestimmten Nerven folgen, die Hautpapillome und multiplen Hautfibrome, gewisse Formen von Ichthyosis hierher zu zählen. — Die dritte Gruppe bilden die neurotischen Dystrophien, die eine grosse Reihe Veränderungen der Haut umfassen: obenan den Herpes zoster, die neuropathischen Ekzeme, mehrere pemphigusartige Leiden, symmetrische Gangrän, den Decubitus acutus, das Mal perforant.

Erkrankun-
gen der
peripheren
Nerven.

Motorische
Lähmungen.

Nach dieser allgemeinen Betrachtung können wir uns der Besprechung der einzelnen Nervenkrankheiten zuwenden, und beginnen mit den Erkrankungen der peripheren Nerven.

Die motorischen Lähmungen leiten beim Forschen nach ihrer Aetiologie sehr oft unsere Aufmerksamkeit auf die Haut, weil sie häufig syphilitischer Natur sind und etwaige Denkmäler der Syphilis auf der Haut uns die therapeutisch so wichtige Anamnese besser geben als die Patienten. — Ob Sensibilitätsstörungen die Lähmungen begleiten oder nicht, das hängt natürlich in erster Reihe davon ab, ob wir rein motorische oder gemischte Nerven vor uns haben. — Allerdings stimmt unsere Berechnung nicht immer, insofern, als auch bei peripherer Lähmung gemischter Nerven die Sensibilität oft normal ist. Zur Erklärung dieses Factums, das wir bei der Paralyse des Radialis, Ulnaris, Medianus etc. bestätigt finden, nimmt man vielfach an, dass sensible Nervenfasern benachbarter Nerven vicariirend für die ausgefallenen Nerven eintreten. Diese Hypothese will mir nicht recht in den Sinn. Bei Blutgefässen kann man sich ja leicht vorstellen, dass durch die Capillaren Blut auch in blutleere Theile, die von einem etwa durch einen Embolus verstopften Gefässe versorgt werden, hineindringt, aber analoge Schlüsse bei Ausfall von Nerven zu ziehen, geht doch nicht recht an. Sollen Nervenfasern etwa mit einem Male aus ihrem Ausbreitungsgebiete in benachbarte Theile hineinwachsen? Das ist nicht recht verständlich. Soweit der Vorgang nicht dadurch erklärlich ist, dass die betroffenen Hautstellen Fasern von verschiedenen Nerven in der Norm schon erhalten, und das kann doch nur ausnahmsweise der Fall sein, möchte ich doch glauben, dass uns nichts anderes übrig bleibt, als anzunehmen, dass die in dem Nervenstamme verlaufenden sensiblen Fasern von der Lähmung nicht mit betroffen sind, sich gegen die betreffende Noxe als immun erwiesen haben. Es dürfte diese Anschauung wohl mit unseren sonstigen Anschauungen nicht in Widerspruch

stehen, wenn die motorischen und sensiblen Fasern auch zusammen verlaufen, so sind sie doch sicherlich von Hause aus, kraft ihres Ursprunges und ihrer Function, und wahrscheinlich dementsprechend auch kraft ihrer chemischen oder auch anatomischen Eigenschaften, verschieden. Wir sind eben noch nicht so in die Geheimnisse ihrer Constitution eingedrungen, um diese Unterschiede feststellen, sie chemisch oder anatomisch differenzieren zu können.

Vasomotorische Störungen sind bei peripheren Lähmungen motorischer Nerven bald sehr selten, wie bei der häufigen Facialislähmung, bald häufiger, wie bei der Paralyse des N. radialis, welche nach vielen Litteraturangaben von Kühle der Haut, livider Färbung derselben, oft begleitet ist. — Trophische Störungen können allen in Rede stehenden Lähmungen folgen, und zwar sind dieselben nicht etwa nur durch die bestehende Inactivität der unter der Haut liegenden Muskeln bedingt, wenn auch die normale Beschaffenheit der Haut von der Functionstüchtigkeit dieser immer bis zu einem gewissen Grade abhängig ist. Wenn bei Facialislähmung nach sehr langem Bestande Atrophie der Gesichtshaut entsteht, dann kann vielleicht die Ruhestellung der Muskeln dabei die Ursache sein, wenn aber ein Ergrauen der Haare an der gelähmten Seite eintritt, so ist das doch eine trophische Störung in der Pigmentbildung des Haares. Ebenso sind Glanzfinger, Hypertrichosis, Nagelanomalien und ähnliches bei Lähmung des N. medianus relativ oft als Resultate einer Functionsstörung trophischer Nerven beobachtet.

Reizzustände peripherer Natur im Gebiete der motorischen Nerven bieten selten etwas bemerkenswerthes auf der Haut, dagegen üben dieselben, wenn sie sensible Nerven treffen, oft einen nennenswerthen Einfluss auf die Hautbeschaffenheit aus. In erster Reihe sind bei Neuralgien Störungen der Sensibilität zu verzeichnen: Im Beginn ist eine Hyperästhesie der Haut oft wahrnehmbar, die beispielsweise bei Affection des N. cervico-occipitalis so stark sein kann, dass man kaum ein Haar ohne Schmerz zu erregen berühren darf. Bei langer Dauer der Neuralgie kann diese Hyperästhesie einer Anästhesie Platz machen, deren Vorgängerin sie ja so oft ist. Parästhesien aller Art, Ameisenlaufen, Prickeln sind im Gebiete neuralgischer Nerven nicht selten. Gar häufig sind vasomotorische Störungen Erweiterung der arteriellen Gefässe, gedunsenes Aussehen beim Schmerzanfall zu beobachten, dem ein Stadium von Hautanämie vorausgehen kann. Secretorische Anomalien, vermehrte Schweissproduction begleiten die Neuralgien nicht selten. Von trophischen Vorgängen ist zunächst des Herpes zoster zu gedenken, eines treuen Begleiters vieler Neuralgien, zuweilen denselben als Bote vorausseilend, zuweilen sich erst während ihres Bestandes entwickelnd. Der Herpes zoster schmiegt sich stets mit grösster anatomischer Genauigkeit dem Verlaufe der

Neuralgie.

Nerven an. Allerdings hat man versucht, denselben mit Rücksicht darauf, dass Gefässe und Nerven meistens mit einander parallel verlaufen, zur vasomotorischen Störung zu stempeln, aber diese Absicht ist durch anatomische und pathologisch-anatomische Beweise genügend widerlegt. Der Herpes zoster ist eine neuropathische Affection *καὶ ἐξοχήν*, bedingt durch Erkrankung der peripheren Nerven, Spinalganglien etc., entstanden nicht etwa durch Fortpflanzung des entzündlichen Prozesses im Nerven per continuitatem, sondern einzig als Folge des vorhandenen Reizzustandes in demselben. Einflechten möchte ich hier, dass für den Ausschluss einer vermutheten Simulation ein Zoster von grösster Wichtigkeit sein kann. Ein Arbeiter klagt andauernd über einen heftigen Schmerz in der Seite; Niemand mag an die Neuralgie — als eine bei Arbeitern seltene, mehr in den bessern Ständen heimische Erkrankung — glauben. Da tritt ein Zoster auf und bannt die Zweifel, reinigt den geplagten Menschen von dem schimpflichen Verdachte der Simulation.

Eine besonders böse Form des Herpes zoster ist der Herpes zoster gangränosus, bei dem es an verschiedenen dem Verlaufe des neuralgisch afficirten Nerven entsprechenden Hautstellen circumscripte Gangrän sich bildet. — Ausser dem Herpes zoster sind noch mancherlei andere trophische Störungen in der Haut bei Neuralgieen beobachtet: Uebermässige Entwicklung des Fettpolsters, Atrophie der Haut, struppige Beschaffenheit der Haare, Vermehrung oder Verminderung des Wachstums, Veränderungen in der Pigmentirung der Haare. Letztere äussern sich in völligem Ergrauen, aber auch in der Anomalie, die wir als Ringelhaare bezeichnen und auf Erkrankungen der Haarpapille zurückzuführen. Pigmentirte und pigmentlose Haarabschnitte wechseln in bunter Reihe mit einander ab. Alle Arten von Dystrophieen, wie sie vorher von mir aufgezählt sind, ist man bei Neuralgieen schon begegnet. — Als auffallend möchte ich Ihnen noch erwähnen, dass mir bei der Literaturdurchsicht es sehr auffallend ist, dass von einzelnen Neuralgieen sehr selten oder nie Complicationen trophischer Natur verzeichnet sind. So scheint eine der häufigsten und oft hartnäckigsten Neuralgieen, die Ischias, in dieser Beziehung ganz unschuldig zu sein.

Anästhesie
sensibler
Nerven.

Der Neuralgie entgegengesetzt ist die Anästhesie peripherer sensibler Nerven, bei der vasomotorische und trophische Störungen in gleicher Weise sich ausbilden können, wie wir sie eben besprochen haben.

Periphere
Neuritis.

Diesen functionellen Störungen peripherer Nerven reiht sich der entzündliche Zustand derselben, die periphere Neuritis, als Urheberin sensibler, vasomotorischer und trophischer Störungen an, die natürlich, je nach der physiologischen Function des oder der betroffenen Nerven, variiren.

Perineuritis.

Wir können abtrennen zuerst die Perineuritis, die in

acuten Fällen mit Hyperalgesie der Haut einhergeht, an deren Stelle bei chronischem Verlauf eine mässige Anästhesie aller Gefühlsarten tritt. Oedematöse Anschwellungen, Hautröthungen, zuweilen bandartig verlaufend, Temperatursteigerungen der Haut können bei acutem Auftreten erscheinen, ebenso starke Hypersecretion des Schweisses. Die Trophoneurosen, bei acuter Perineuritis sehr selten, können bei chronischer als Glanzhaut, glossy skin, Zoster, Ichthyosis, Anomalien der Nägel vorkommen. Letztere werden rissig, durchfurcht, höckerig, sehen mattweiss aus. Schwere Erscheinungen können der degenerativen Neuritis folgen: Hyperästhesie, Anästhesia dolorosa, auch verlangsamte Leitung sind beobachtet, die Hautreflexe schwinden, schwere trophische Veränderungen, wie Zoster, pemphigusähnliche Erkrankungen, Mal perforant, Decubitus acutus, compliciren das Krankheitsbild. Im ganzen nur wenig äussert sich die multiple degenerative Neuritis, auch die degenerative Polyneuritis genannt, auf der Haut. Starke Schweisssecretion, selten Icterus, sind bei acutem Ausbruch dieses das Bild einer Infektionskrankheit bietenden Leidens beobachtet, ein Schwinden der Hautreflexe ist die Regel. Selbst bei gemischten Nerven treten die motorischen Anomalien sehr in den Vordergrund, wenn auch eine Abschwächung der Sensibilität nie fehlen soll, die sich sogar oft nicht in dem Gebiet des betroffenen Nerven begrenzt, wenn auch verlangsamte Leitung gefunden worden ist. Hautödem ist selten, Trophoneurosen sind nie beobachtet. Dagegen kann die multiple Neuritis gleich anderen Infektionskrankheiten von einer Purpura hämorrhagica begleitet werden.

Ich will die Besprechung der peripheren Neuritis nicht schliessen, ohne darauf hinzuweisen, dass sie centripetal ascendirend sich auf das Centralnervensystem fortsetzen, in diesem Veränderungen zur Folge haben kann, die ihrerseits wieder als Urheberinnen von Hautanomalien dienen können; denn die Existenz einer Neuritis ascendens ist besonders durch eine Arbeit von Feinberg gesichert.

VII. Vortrag.

Krankheiten des Nervensystems.

II.

Rückenmarkskrankheiten.

Beziehungen des Centralnervensystems zu der Hautinnervation. — Entzündungen und Blutungen der Rückenmarkshäute. — Erkrankungen der Rückenmarkssubstanz. — Halbseitenläsion. — Hemihyperhidrosis cruciata. — Myelitis. — Syringomyelie. — Systemerkrankungen. — Multiple Hirn-Rückenmarkssclerose.

Meine Herren!

Beziehungen
des
Central-
nerven-
systems zu
der Haut-
innervation.

Wollen wir die Veränderungen der Haut bei Erkrankungen des Centralnervensystems nicht nur registriren, sondern auch in ihrer Entstehungsweise und Bedeutung für die allgemeine und topische Diagnose voll und ganz begreifen, dann wird es uns von Vorthail sein, wenn wir uns einleitungsweise die physiologischen Thatsachen betreffend die Beziehungen des Centralnervensystems zu der Hautinnervation kurz in's Gedächtniss zurückrufen:

Die sensiblen Fasern verlaufen centripetal durch die hintern Wurzeln in die graue Substanz, von da in den Hintersträngen, zum Theil auch in den Seitensträngen zum Cerebrum, nachdem sie schon im Rückenmark eine Kreuzung erfahren haben. Im Hirn passiren sie die hinteren Abschnitte der Capsula interna und gelangen zur Rinde des hinteren Theils des Scheitellappens. Ein Reizungszustand in diesem Verlaufe bedingt Hyperästhesie etc., eine Unterbrechung der Leitung oder eine destruierende Affection an der Endstelle Anästhesie. Die motorischen Fasern, die uns hier eigentlich nur als Vermittler der Hautreflexe interessiren, schlagen den umgekehrten Weg ein: Von der Rinde des Scheitellappens gelangen sie centrifugal durch die Capsula interna — hier nach vorne von den sensiblen Fasern

gelegen — die Pyramiden, die Seitenstränge zu den multipolaren Ganglienzellen der Vorderhörner, deren Achsencylinderfortsätze sie überführen zu den vorderen motorischen Wurzeln. Ihre Kreuzung erfolgt schon zum bei weitem grössten Theil in den Pyramiden, nur ein kleiner Theil verläuft ungekreuzt in dem vorderen Theile des Vorderstranges. Die Vermittlung der Reflexe erfolgt im Rückenmark selbst von den sensibeln hinteren Wurzeln durch die kleinen Ganglienzellen der hinteren Säulen, das Gerlach'sche Fasernetz, die grossen Ganglienzellen der Vordersäulen zu den vorderen Wurzeln. Vom Gehirn aus steigen in den Vordersträngen ungekreuzt reflexhemmende Fasern herab. Es wird also eine Herabsetzung der Reflexe entstehen können, wenn die Verbindung im Reflexbogen unterbrochen ist, oder die reflexhemmenden Fasern gereizt sind, eine Steigerung derselben, wenn entweder die Empfindlichkeit im Reflexbogen vermehrt ist oder im Verlaufe der am Hirn kommenden hemmenden Fasern eine Unterbrechung besteht, ihre hemmende Wirkung also fortfällt. Es kann also eine Reflexhemmung auch einem Reizzustand, eine Reflexsteigerung einem Lähmungszustand seine Entstehung verdanken.

Die vasomotorischen Fasern treten meistens durch die vorderen Wurzeln aus, nur beim Ischiadicus sollen sie den hinteren Wurzeln beigesellt sein. Sie stehen durch in den Seitensträngen laufende Fasern in Verbindung mit dem Hauptcentrum in der Medulla oblongata. Nebencentren sind überall in der grauen Substanz vertheilt. Durch die Rami communicantes gelangen die Gefässnerven aus den vorderen Wurzeln zum Sympathicus, verlaufen eine Zeit lang im Grenzstrang desselben und schliessen sich dann den peripheren Nerven an. Ob in ihren Weg noch peripher gelegene Ganglien eingeschaltet sind, ist fraglich; nachgewiesen sind sie nur für die Nervi erigentes.

Die trophischen Fasern verlassen das Rückenmark, soweit sie für motorische Organe bestimmt sind, zusammen mit den motorischen Nerven durch die vorderen Wurzeln und haben ihre Centren in den grossen multipolaren Ganglienzellen. Dagegen entstammen die für die Haut und ihre Anhangsgebilde bestimmten trophischen Fasern dem hinteren Theil des Rückenmarks und haben ihre Centren wahrscheinlich in den Spinalganglien.

Die secretorischen Fasern, speciell die Schweissnerven, haben ihre Centren in der grauen Substanz der Vorderhörner, verlassen das Rückenmark in den vorderen Wurzeln. Sämmtliche Schweissfasern steigen aus dem Rückenmark durch die Medulla oblongata zur Oberfläche des Hirns empor. Ausserdem giebt es sicher auch noch dem sympathischen Nervensystem angehörige schweisserregende Fasern. Wir werden also Anomalien in der Schweisssecretion zu erwarten haben bei Erkrankungen des Sympathicus und Rückenmarksleiden, die die graue Substanz, besonders der Vorderhörner, ergreifen und auch den motorischen

Apparat in seiner Function behindern oder zur Degeneration und Atrophie bringen. Affection der weissen Rückenmarkssubstanz, wie z. B. die Tabes, sollen darnach die Schweisssecretion intact lassen.

Entzündungen und Blutungen in den Rückenmarkshäuten. Betrachten wir nach diesen allgemeinen Ausführungen die einzelnen Rückenmarkskrankheiten in Bezug auf ihre Beeinflussung der Hautbeschaffenheit, dann können wir die Entzündungen und Blutungen in den Rückenmarkshäuten zusammenfassen, also die Pachymeningitis spinalis externa interna, hypertrophica und hämorrhagica, die Meningitis spinalis, Apoplexia meningealis und die Hämorrhachis. Sie alle machen insoweit Hautsymptome, als sie die durch sie hindurchtretenden Nervenwurzeln in Mitleidenschaft ziehen, und zwar mit einer der Acuität des Processes gemässen Schnelligkeit. Anfangs nur an der entzündlichen Irritation theilnehmend, bewirken die gereizten Nervenwurzeln in der Haut neben ausstrahlenden und peripher projecirten Schmerzen Hyperästhesien und Parästhesien, die, sobald die Nerven durch Exsudate comprimirt werden, und bei langem Bestande des Leidens mehr weniger degeneriren, einer Anästhesie Platz machen. Diese ist aber niemals eine vollkommene, da die Degeneration der Nerven sich doch immer in gewissen Grenzen hält. Man hat auch beide Anomalien gleichzeitig, beispielsweise bei der Apoplexia meningealis, neben einander gefunden. Nur selten findet man leichte vasomotorische und trophische Störungen; werden letztere ernster, dann kann man immer eine Betheiligung des Rückenmarks selbst an der Entzündung daraus erschliessen.

Erkrankungen der Rückenmarkssubstanz. Halbseitenläsion.

Grosses Interesse bieten die eigentlichen Erkrankungen der Rückenmarkssubstanz. Von den Verletzungen, die natürlich, je nach dem Sitze und der Ausdehnung, ganz verschiedene Erscheinungen machen, sei hier nur die Halbseitenläsion genauer erörtert, bei der besonders das Verhältniss des Sitzes der Sensibilitätsstörungen der Haut zu dem Sitze der motorischen Lähmungen einer Besprechung werth ist. Entsprechend den von Brown-Séquard experimentell bewiesenen Anomalien bei halbseitiger Durchschneidung des Rückenmarks finden wir beim Menschen nach Zerstörung einer Rückenmarkshälfte durch äussere Verletzungen, oder auch in analoger Weise nach destructiven Prozessen, Neubildungen etc. neben einer gleichseitigen motorischen eine gekreuzte sensible Lähmung. Aber auch auf der Seite der motorischen Lähmung findet sich meistens eine Sensibilitätsanomalie in Gestalt einer Hyperästhesie, die alle Empfindungsqualitäten betrifft, an diese stösst dann eine hyperästhetische Zone, entsprechend der Verletzung der betreffenden Rückenmarkswurzeln, an die sich dann wieder ein hyperästhetisches Gebiet anschliesst. An der entgegengesetzten Seite besteht stets vollkommene Anästhesie, grenzend an eine hyperästhetische Zone.

Vasomotorische Störungen, wenn sie vorhanden sind, finden sich nur an der Seite der Verletzung entsprechend dem Verlaufe der vasomotorischen Fasern mit den motorischen Nerven; dieselben werden sehr hochgradig, wenn bei höherm Sitze der Läsion halbseitige Sympathicuslähmung mit Röthung des Gesichts, der Ohrmuscheln etc. sich hinzugesellt. Trophische Anomalien kommen nur auf der Seite der motorischen Lähmung vor, betreffen dann aber nicht die Haut. — Wenn ausnahmsweise bei der Halbseitenläsion auch auf der entgegengesetzten Seite motorische Lähmungen auftreten, dann werden wir uns dessen zu erinnern haben, dass ein Theil der motorischen Fasern ungekreuzt in den Vordersträngen, der Pyramidenvorderstrangbahn verläuft, deren Kreuzung erst im Rückenmark stattfindet. — Uebrigens kommen nur sehr selten Fälle vor, in denen man all' diese Vorgänge genau studiren kann, weil Verletzungen und Erkrankungen sich selten die Beschränkungen eines physiologischen Experiments auflegen. — Anfügen möchte ich hier noch als Curiosa die Fälle von Hemihyperhidrosis cruciata, bei denen der Rumpf an der einen Seite, die Extremitäten an der andern stark schwitzen; die Entstehungsweise ist nicht klar.

Die Myelitis acuta und Myelitis chronica bedingen nach einem meistens schnell vorübergehenden Stadium der Reizung mit Steigerung der Sensibilität eine Lähmung des Gefühls, wenn auch nicht gleichmässig für alle Qualitäten desselben. Die Phänomene der Anästhesia dolorosa, die Charcot'sche Dysästhesie sind auch bei derselben beobachtet. Die Sensibilitätsstörungen gehen fast stets der Motilitätsstörung voraus und sind immer scharf begrenzt. Das Verhalten der Reflexe schwankt ausserordentlich, ist meistens abhängig vom Sitze der Erkrankung. Bei tiefem Sitze, — besonders wenn der Krankheitsherd im Lumbalmark sich befindet, — findet man stets vollkommene Vernichtung derselben, bei hohem Sitze sind sie meistens erhalten, ja durch Unterbrechung der reflexhemmenden Fasern gesteigert. Allerdings kann dieses Stadium zuweilen später einer Herabsetzung oder einem vollkommenen Schwinden der Reflexe Platz machen. In Bezug auf die Secretion finden wir oft ein Ausbleiben des Schweisses in den gelähmten Theilen, selbst wenn man Pilocarpin injicirt. Myelitis.

Hier ist wohl der Ort, über das Verhältniss der Schweisssecretion zu den Erkrankungen des Centralnervensystems ein Wort zu sagen, da das Ausbleiben der Fusschweisse noch immer als ätiologisches Moment in dem Kopfe vieler Laien und auch mancher Aerzte herumspukt. So lange es nicht bekannt ist, dass die Fusschweisse gerade den schönen Beruf haben, besonders giftige Excretionsstoffe aus dem Körper zu entfernen, so lange es andererseits feststeht, dass die Schweissbildung eine unter Nerveneinfluss stehende Function der Haut ist, welche natürlich bei Vernichtung des betreffenden Nervengebiets ausfallen muss, so lange wird man daran fest-

halten müssen, dass hier eine Verwechslung von Ursache und Wirkung vorliegt. Nicht das Stocken des Schweisses bewirkt Erkrankungen des Nervensystems, sondern umgekehrt; man wird also bei auffallender, spontaner Stockung der Abscheidung von Schweiss, speciell der Fusschweisse nicht zu fragen haben: was wird nun kommen?, sondern darnach forschen müssen: was ist geschehen? —

Ohne näher auf die vasomotorischen Störungen bei Rückenmarksentzündungen einzugehen, die nicht selten sind, müssen wir in grösserer Ausführlichkeit die trophischen Anomalien besprechen, die bei den in Rede stehenden Krankheiten besonders hochgradig werden können, von einfacher Blasenbildung bis zu dem verderblichen Decubitus acutus, dessen Pathologie wir bei dieser Gelegenheit einige Worte widmen müssen: Der Decubitus acutus entsteht nur bei Erkrankungen der Hinterhörner, niemals bei denjenigen, die nur in den Vorderhörnern pathologische Veränderungen erzeugen. Es ist ja das leicht verständlich, wenn Sie sich dessen erinnern, was ich Ihnen oben sagte, dass die trophischen Centren der Haut im Gegensatz zu denjenigen der motorischen Organe in den Hinterhörnern sitzen und die trophischen Fasern der Haut durch die hinteren Rückenmarkswurzeln zugehen. Der Decubitus entwickelt sich sehr schnell am Kreuzbein, den Trochanteren, den Malleolen, der Ferse; Röthung, Blasenbildung, Gangrän entstehen in schneller Aufeinanderfolge. Von vielen Seiten ist ihm die trophische Natur abgesprochen worden; nur Anästhesie, Druck und Verunreinigung der Haut, durch Urin und Fäces sollten die Ursache sein. Nun ist es wenigstens für den Decubitus acutus spinalis nicht zu bestreiten, dass gerade die betroffenen Theile meistens solche sind, die dem Druck und sonstigen Schädlichkeiten ausgesetzt sind, die ja auch bei anderen Krankheiten zu Decubitus führen können; dennoch werden wir diesen Umständen nur die Rolle eines unterstützenden Momentes hier zuertheilen können.

Wenn wir sonst Decubitus sich entwickeln sehen, dann entsteht derselbe doch immer nur langsam, und auch nur dann in grossem Umfange, wenn das Nervensystem sehr darniederliegt, so bei Typhus abdominalis, alias Nervenfieber, so bei Menschen, die durch übermässigen Alkoholgenuss dasselbe zerrüttet haben. Bei myelitischem Decubitus aber finden wir eine rapide sich entwickelnde, weit um sich greifende, Knochen und selbst das Rückenmark blosslegende Gangrän, die den Stempel einer trophischen Störung gewissermassen an der Stirn trägt. Der beschuldigte Druck ist zudem nicht immer nachweisbar, es kann beispielsweise bei Patienten, die absolut paraplegisch stets gerade auf dem Rücken liegen, Decubitus an den Trochanteren entstehen. Dass Anästhesie in den vom Decubitus befallenen Theilen meist vorhanden, ist ja nicht zu leugnen, es ist das aber kein Argument gegen die trophische Natur des Leidens, weil, wenn auch in sel-

tenen Fällen, in den kranken Theilen die Sensibilität erhalten gefunden worden ist. Der wichtigste Beweis aber, den die Anhänger der Lehre von der Bedeutung trophischer Nervenfasern für den Decubitus haben, stützt sich auf das Vorkommen eines besonders auf der Hinterbacke der gelähmten Seite sitzenden halbseitigen Decubitus cerebralis, wie ihn Charcot besonders im Geleite von Herdaffectationen des Hirns beschrieben hat. Es ist also füglich an der trophischen Natur des Decubitus nicht zu zweifeln.

Als eine besonders interessante Form der Myelitis wollen wir noch die Compressionsmyelitis erwähnen, die durch Tumoren, durch Tuberculose der Wirbelkörper etc. entstehen kann. Wir finden Hyper- und Parästhesie im Beginne, später Anästhesie, zuweilen verlangsamte Leitung, Dysästhesie etc. Diese sensiblen Erscheinungen können beschränkt sein auf einzelne Nerven, wenn der Druck nur ihre Wurzeln trifft, sie können paraplegisch auftreten, wenn das Rückenmark selbst comprimirt ist. Die Hautreflexe sind im letzten Falle sehr gesteigert durch Unterbrechung in der Zuleitung hemmender Fasern. Vasomotorische, secretorische, trophische Störungen können vorkommen. Je nach der Beschaffenheit der comprimirenden Ursache können die krankhaften Erscheinungen allmählich zunehmen, bis zu den Folgen einer transversalen Myelitis oder auch grösserem Wechsel unterliegen, so dass heute vollkommene Anästhesie, morgen normale Sensibilität vorhanden ist, und dieser Wechsel ist gerade für die Compressionsmyelitis charakteristisch.

Com-
pressions-
myelitis.

Kurz erwähnen will ich hier eines Leidens, das nicht selten als pathologisch-anatomische Grundlage der verschiedensten Hautveränderungen angegeben ist, der Syringomyelie. In wie weit diese Anomalieen bewirkt, hängt natürlich davon ab, auf welche Theile des Rückenmarks sich die Höhlenbildung ausdehnt, besonders auch, in welchem Grade die Hinterhörner ergriffen sind. Zunächst wurden als charakteristisch, besonders im Beginn, angegeben eigenthümliche Sensibilitätsstörungen, indem die Schmerz- und Temperaturempfindung herabgesetzt, die Tastempfindung aber erhalten ist. Da die Fasern, welche die letztere vermitteln, in den weissen Fasern der Hinterstränge, die die Schmerzempfindung vermittelnden in der grauen Substanz fortgeleitet werden sollen, ist eine derartige Differenz nicht weiter wunderbar, und ihr Vorkommen bei der Syringomyelie sehr verständlich. Neben diesen Erscheinungen sind eine Reihe von Veränderungen, vorwiegend trophischer Natur, mit der centralen Höhlenbildung im Rückenmark in Verbindung gebracht worden, von denen ich Ihnen, als mir bekannte Beispiele, anführen kann: Vitiligoartige Flecke, ödematöse Verdickungen, so an der Hand als Tumor dorsalis carpi beschrieben, multiple Hautgangrän (Doutrelepont) auch

Syringo-
myelie.

Pemphigus neuroticus oder *zoster gangrānosus atypicus*, genannt, symmetrische Asphyxie, tiefgehende Verschwärungen und ähnliches.

Am meisten Interesse erregt aber die sogenannte „Morvansche Krankheit“, die „*Paréso-Analgésie des extrémités supérieures*“. Das Leiden ergreift fast nur die oberen Extremitäten und besteht in einer motorischen und sensiblen Lähmung derselben; letztere ist stets besonders stark ausgesprochen und betrifft alle Gefühlsqualitäten gleichmässig. — Morvan fasst das Leiden als periphere Neuritis auf, jedoch ist dasselbe wahrscheinlich auch zurückzuführen auf eine Syringomyelie des unteren Halsmarks, eine Gliomatose, die aber auch auf das Dorsalmark hinab und bis zur Medulla oblongata hinaufsteigen kann, und eine secundäre Degeneration der peripheren Nerven. Complicirt wird das Leiden durch die begleitenden trophischen Störungen, wie Geschwürsbildung, Panaritien, abnorme Knochenbrüchigkeit und secretorische Anomalieen, wie Hyperhidrosis. In einem Falle von Bernhard, in dem die Sensibilitätsstörung sich auf den rechten Arm, die rechte Rumpf- und Gesichtshälfte erstreckte, fand sich gleichzeitig eine an Akromegalie erinnernde Grössenzunahme der rechten Hand und eine Scoliose im Dorsaltheil, mit nach rechts gerichteter Scoliose. Die linke Seite zeigte ausser einer starken Hyperhidrosis nichts krankhaftes. — Hierher gehört auch die in einem früheren Vortrage schon näher besprochene Erythromelalgie. Es kann die centrale Höhlenbildung im Rückenmark uns auf der Haut eben die verschiedensten Bilder geben, die aber alle die Combination sensibler, vasomotorischer und trophischer Störungen gemeinsam haben.

Systemer-
krankungen.
Tabes.

Kommen wir zu den sogenannten Systemerkrankungen des Rückenmarks, dann ist es natürlich die Tabes, welche eine genauere Betrachtung erheischt. Dabei will ich auf die Frage der Abhängigkeit der Tabes von der Syphilis, welche von Erb, wie es scheint, mit vollgültigen Beweisen ebenso energisch bejaht wird, wie Leyden sie verneint, nicht näher eingehen. Jedenfalls wird man aber es nicht unterlassen, auf frühe Syphilis bei bestehender Tabes zu fahnden.

In erster Reihe beobachten wir bei Tabes alle abnormen Sensibilitätszustände. Als Einleitung oft lange, bevor sonstige Erscheinungen hervortreten, finden wir mannigfache Aeusserungen von Parästhesie. Die Kranken, die sich allerdings gar nicht als solche fühlen, geben ein Gefühl von Brennen oder Kälte, seltener von Jucken an; charakteristischer ist, wenn sie darüber klagen, dass sie das Gefühl haben, auf Wolle zu gehen oder beim Liegen in der Luft zu schweben. Nicht häufig ist Hyperästhesie der Haut; wenn sie vorkommt, ist sie mit neuralgischen Schmerzen combinirt. Leyden spricht von einer relativen Hyperästhesie, indem die Patienten erst bei tiefem Einstechen den Schmerz empfinden, dann aber viel heftiger als

in der Norm. Die treueste Begleiterin der Tabes ist die Anästhesie, wenn sich dieselbe auch zuweilen erst spät entwickelt oder, was wohl richtiger ist, erst spät erkannt wird, weil sie sich lange auf kleine umschriebene Stellen beschränkt, den Damm, das Scrotum, die hintere Oberschenkelfläche, und dann der Beobachtung entgeht. Am meisten ausgesprochen ist sie stets an den unteren Extremitäten und speciell an der Fusssohle. Die verschiedenen Gefühlsqualitäten schwinden auch nicht gleichzeitig: Zuerst geht das Kitzelgefühl verloren, dem der Tast-, Druck-, Orts- und Temperatursinn später folgen. Die mannigfachen Anomalieen der Sensibilität finden wir ausserdem bei der Tabes vertreten: Vor allem ist die verlangsamte Leitung sehr häufig und fast ausschliesslich bei Tabes beobachtet; die Degeneration der die Leitung von Tastempfindungen zum Cerebrum vermittelnden Hinterstränge ist für dieselbe verantwortlich.

Die Doppelempfindung ist von Naunyn bei der Tabes gefunden, lange Nachempfindungen kommen vor. Wo die Sensibilität noch erhalten ist, da zeigt sie, nach Remak, oft die Eigenschaft leichter Erschöpfbarkeit, so dass im Laufe derselben Untersuchung immer stärkere Reize nöthig werden, um zur Perception zu gelangen. Bei vorgeschrittener Tabes ist eine vollkommene Anästhesie die Regel. — Die Hautreflexe zeigen im Gegensatz zu den Sehnenreflexen, die ja stets vermindert sind oder ganz fehlen, ein inconstantes Verhalten, können gesteigert sein oder auch ganz vermisst werden.

Mannigfach sind auch die trophischen Störungen der Haut, die bei Tabes beobachtet sind: Vitiligo im präatactischen Stadium, Erytheme, herpetische Erkrankungen. Interessant ist besonders das *Mal perforant du pied*; sehr selten ist der Decubitus.

Wenig Ausbeute haben wir bei der Besprechung der von Charcot als selbstständige Krankheiten beschriebenen Lateral-

Lateral-
sclerose
(Spastische
Spinalpara-
lyse).
Amyotro-
phische
Lateral-
sclerose.

Erkrankun-
gen der
Vorder-
hörner.

sclerose, im ganzen identisch mit der Erb'schen spastischen Spinalparalyse, und der amyotrophischen Lateral-sclerose. Weder sensible, noch trophische Hautveränderungen finden wir bei diesen Leiden, höchstens ist eine Kälte und cyanotische Verfärbung der betroffenen Extremitäten als vasomotorische Veränderungen zu registriren. Die Hautreflexe sind im Gegensatz zu den sehr gesteigerten Sehnenreflexen stets normal. — Sehr fruchtbar können sich für uns auch nicht die Erkrankungen der Vorderhörner erweisen: die Paralysis spinalis acuta der Kinder, die acute aufsteigende Lähmung der Erwachsenen, die Poliomyelitis chronica, die progressive Muskelatrophie und, um dieselbe hier gleich anzuschliessen, die progressive Bulbärparalyse, das Analogon der progressiven Muskelatrophie. Sensibilitätsstörungen werden wir von diesen Affectionen nicht zu erwarten haben, ebensowenig trophische Veränderungen der Haut; vasomotorische

Störungen, in Gestalt einer blaurothen, kalten Haut, kommen vor, secretorische Anomalien, sich äussernd in starker Hyperhidrosis, sind, zumal in schnell fortschreitenden Fällen, beobachtet. Eine ziemlich constante Erscheinung ist das Erlöschen der Hautreflexe, die ja den Weg durch die Vorderhörner einschlagen müssen; eine beachtenswerthe Erscheinung ist die mit dem atrophischen Schwunde der Muskeln einhergehende Zunahme des Panniculus adiposus, vielleicht als Ausdruck der Beseitigung des der Entwicklung desselben entgegenstehenden normalen Muskelumfanges.

Multiple
Hirn-Rücken-
marks-
Sclerose.

Den Uebergang zu den jetzt folgenden Gehirnleiden vermittelt uns am besten die multiple Hirn-Rückenmarks-Sclerose, die auf der Haut alle möglichen Erscheinungen machen kann, es meistens aber nicht thut. Die Sensibilität weist, bis auf oft vorhandene subjective Klagen des Patienten, gewöhnlich nichts abnormes auf; vorübergehende temporäre Anomalien derselben, die dann gewöhnlich beschränkt sind auf die Endabschnitte der Extremitäten, sollen vorkommen und dann charakteristisch sein; die Hautreflexe sind normal, während die Sehnenreflexe oft enorm gesteigert sind; vasomotorische und trophische Veränderungen fehlen meistens, keinesfalls lässt sich für sie ein bestimmtes Schema aufstellen.

Schliesse ich hiermit die Besprechung der Rückenmarkserkrankungen, so hoffe ich, dass es mir gelungen ist, Ihnen die ausserordentliche Wichtigkeit einer genauen Untersuchung der Haut, speciell der sensiblen Function derselben, darzuthun. Um dieselbe in rechter Weise vermehren und verwerthen zu können, bedarf es allerdings einer eingehenden Kenntniss der physiologischen Beziehungen der verschiedenen Rückenmarksabschnitte zu der Hautinnervation. Es ist hier wie überall in der Medicin: eine klare Erkenntniss pathologischer Erscheinungen kann nur auf der Basis eines gesicherten physiologischen Wissens sich aufbauen.

VIII. Vortrag.

Nervenkrankheiten.

III.

Gehirnkrankheiten.

Thrombose der Hirnsinus. — Erkrankungen der Hirnhäute. — Meningitis tuberculosa. — Apoplexia cerebri. — Hemianästhesie. — Tumor. — Epilepsie. — Tetanus. — Hysterie. — Erkrankungen des Sympathicus. — Hemicranie. — Hemiatrophia facialis. — Psychosen. — Dementia paralytica.

Meine Herren!

An die Spitze einer Besprechung der Erkrankungen des Hirnes lassen Sie uns die Folgen der Thrombose des Hirnsinus stellen, die durch Behinderung einer geregelten Circulation sehr interessante Stauungserscheinungen in den Hautvenen des Gesichtes, des Schädels und Halses machen, welche für die Diagnose von denkbar grösstem Werthe sind. Ist der Sinus longitudinalis unwegsam, so tritt, wie Gerhard gezeigt hat, eine Erweiterung der Venen zwischen der grossen Fontanelle und der Schläfen-Ohrengegend ein. Kinder mit den weiten Emissaria Santorini und der spärlichen Behaarung lassen das besonders deutlich erkennen. Bei diesen ist auch von Interesse das anfängliche Einsinken und die Spannungsabnahme der grossen Fontanelle, der aber bald in Folge einer Ansammlung von Liquor cerebrospinalis eine Zunahme der Spannung und des Kopfumfanges folgt; die anfangs über einander verschobenen Scheitelbeine lassen dann einen klaffenden Spalt zwischen sich. Eine Cyanose im Gebiete der Vena facialis anterior und eine Verminderung der Schweisssecretion sind weitere Folgen der Stauung. — Die anatomischen Verhältnisse lassen die Folgezustände der anderen Sinus-Thrombosen leicht construiren. Der thrombosirte Sinus transversus manifestirt sich an der Haut

Thrombose
des
Hirnsinus.

durch eine geringere Füllung der Vena jugularis externa, weil diese ihr Blut in die leere Vena jugularis interna abgeben kann; dieses tritt noch mehr hervor, wenn der Zufluss des Blutes auch aus dem Sinus petrosus superior und inferior behindert ist. Wie Griesinger gezeigt hat, kann vom Sinus transversus aus der Thrombus durch das Emissarium Santorini im Warzenfortsatze sich auf die hintere Ohrvene fortsetzen und ein schmerzhaftes, hartes Oedem hinter der Ohrmuschel und am Warzenfortsatze bewirken. Dass beiderseitiger Verschluss der Sinus transversus gleichkommt einem Verschluss des Sinus longitudinalis, brauche ich wohl nicht zu betonen. — Am Auge und den Augenlidern kann man am leichtesten eine Thrombose der Sinus cavernosi ablesen wegen dessen Verbindung mit der Vena ophthalmica. — Erinnern Sie sich, dass neben dem Sinus cavernosus auch der erste Ast des Trigemini durch denselben Canal den Schädel verlässt, dann werden Sie sich nicht wundern dürfen, wenn Sie bei der Thrombose der Sinus cavernosi durch Compression Sensibilitätsstörungen, neuralgische Zustände in dem Gebiete dieses Nerven finden.

Entzündung
der
Hirnhäute.

Die Entzündungen der Hirnhäute gehen im Beginne meistens mit einer Steigerung der Hautsensibilität einher, ausserdem ist das Auftreten eines Herpes facialis am 2.—3. Tage einseitig oder doppelseitig auch hier nicht ohne diagnostische Bedeutung. In einzelnen Fällen sind auch herpetische Erscheinungen an den Extremitäten beobachtet. Am ganzen Körper kann man im Anfange, im Verlauf und selbst in der Convalescenz zahlreiche vasomotorische und trophische Störungen finden, vom einfachsten masern-, scharlach- oder erysipelasartigen Erythem, der Urticaria, den Hautblutungen in den verschiedensten Formen, bis zu Blasenbildung, Decubitus, Gangrän. Das meist symmetrische Auftreten ist sehr charakteristisch für die neuropathische Entstehung. — Einer besonderen Erwähnung bedarf die Meningitis basilaris tuberculosa, für die besonders ein gewisser labiler Reizzustand der Vasomotoren charakteristisch ist. Ein jäher, ohne besondere Ursache leicht eintretender Farbenwechsel von starker Röthung zu fahler Blässe characterisirt denselben. Daneben zeigen die Vasomotoren noch eine sehr starke Erregbarkeit, insofern, als ein sie treffender Reiz auffallend lange nachwirkt. Diese Eigenschaft bildet die Basis der Trousseau'schen Flecke: Macht man am Stamm einen Strich mit der Fingerspitze, dann entsteht allmählich — nicht schnell — eine Röthe, die scharf umschrieben ist, im Centrum beginnend, sich peripher ausbreitet. Diese Röthe besteht einige Zeit und schwindet dann in demselben langsamen Tempo, in dem sie aufgetreten.

Meningitis
basilaris.

Erkrankun-
gen der
Hirn-
substanz.

Die Erkrankungen der Hirnsubstanz alle in extenso zu besprechen, kann ich mir füglich versagen, da sie im ganzen für den Gesichtspunkt, von dem aus wir sie hier betrachten,

nicht gar zu vieles Interessantes bieten. Hervorheben will ich hier die *Apoplexia cerebri*, bei der die Sensibilität der Haut nur dann eine constante Anomalie zeigt, wenn die Blutung ihren Sitz in dem hinteren Theil der Capsula interna nahe dem Thalamus opticus aufschlägt. Wie wir in einem früheren Vortrage gesehen, passiren die sensiblen Fasern auf ihrem Wege von der Peripherie zu der Rinde des Scheitellappens gerade diese Stelle. Zerstört eine Blutung die Fasern an dieser Durchgangsstelle, und das ist nicht selten, dann entsteht auf der entgegengesetzten Seite eine totale cerebrale Hemianästhesie des Körpers, die das charakteristische hat, haarscharf in der Mittellinie des Körpers abzuschneiden. Wir haben also ein für die topische Diagnose sehr wichtiges Herdsymptom, das wir nur von der Hemianästhesia hysterica abzugrenzen haben. — Die Hautreflexe, den Hoden-, Bauchmuskel-, Lenden-, Gesässmuskel- und Brustwarzenreflex, vermissen wir bei der Hemiplegia apoplectica in frischen Fällen, im weiteren Verlaufe können sie gesteigert sein und dokumentiren dann eine eingetretene secundäre Degeneration in den betreffenden Hauttheilen. — Vasomotorische, secretorische und trophische Störungen können auftreten; unter letzteren ist die schwerste der Decubitus acutus cerebralis an der Hinterbacke der gelähmten Körperhälfte, über den wir ja schon gesprochen haben. Charcot schreibt der Zeit des Auftretens desselben eine prognostische Bedeutung zu: je früher es zu Decubitus kommt, desto ungünstiger die Prognose, nach dem siebenten Tage hat derselbe wenig auf sich.

Von sonstigen organischen Hirnleiden, für deren Auffassung natürlich die genaue Durchforschung der Haut nach syphilitischen Reminiscenzen von grösster Wichtigkeit ist, sei nur noch die bei Tumoren häufige Anästhesia dolorosa erwähnt, die durch Unterbrechung der peripheren Leitung des Nerven bei gleichzeitiger centraler Reizung zu erklären ist. Wir gehen dann gleich über zu den functionellen Erkrankungen des Hirns, und zwar richten wir zuerst unsere Aufmerksamkeit auf die Epilepsie. Suchen wir die Ursache der Epilepsie zu erforschen, um daraus eventuell Anhaltspunkte für die Therapie zu gewinnen, dann fordert die Haut besonders sorgfältige Beachtung, und zwar erstens, um etwaige vorausgegangene Symptome von Syphilis zu entdecken. Dass die Syphilis zur Epilepsie Beziehungen hat, ist wohl zweifellos, welcher Art sie sind, darüber sind die Ansichten verschieden. Ich möchte glauben, dass Epilepsie bei bestehender Syphilis sich einerseits auf indirectem Wege entwickeln kann, indem die Syphilis sich zu einer vorhandenen, meist erbten, neuropathischen Prädisposition hinzuaddirt und diese floride werden lässt, andererseits direct, indem syphilitische Veränderungen an den Knochen des Schädels, den Hirnhäuten etc. sich etabliren können, die auf die epileptogenen Zonen einen Reiz ausüben. Wie dem auch sei, jedenfalls muss man auf Sy-

*Apoplexia
cerebri.*

Tumoren.

*Functionelle
Erkrankun-
gen des Hirns.
Epilepsie.*

philis genau untersuchen, zumal, wenn epileptische Anfälle zum ersten Male etwa jenseits des 25. Lebensjahres in Scene treten. Aber auch abgesehen von der Syphilis können Hautveränderungen als ätiologische Momente der sogenannten Reflexepilepsie in Frage kommen, so alte Narben oder Tumoren, und zwar nicht nur Neurome, sondern auch sonst ganz unschuldige Lipome. So las ich erst kürzlich einen Fall, in dem ein in der Ellbogenbeuge bestehendes Lipom epileptische Krämpfe bei einem 13jährigen Knaben ausgelöst hatte; mit der Entfernung des Tumors schwand die Epilepsie. — Vor und während des einzelnen epileptischen Anfalls spielt sich manche interessante Hautveränderung ab; so in der Aura, von deren fünf Arten, motoria, sensoria, psychica, sensitiva und vasomotoria, die beiden letztgenannten hier Erwähnung finden müssen. Bei der Aura sensitiva treten alle möglichen, subjectiven, parästhetischen Empfindungen hervor und kündigen den drohenden Anfall an. Die Aura vasomotoria bietet natürlich auch objectiv sichtbare Erscheinungen, die verschieden sich gestalten, je nachdem dieselbe mehr angiospastischer oder angioparalytischer Natur sind. Dort Erkalten, Erblässen, besonders an Fingern und Zehen beginnend und centripetal fortschreitend, hier diffuses oder fleckweises, ein- oder beiderseitiges Erröthen, meistens im Gesicht, einhergehend nicht selten mit einer starken Vermehrung der Schweisssecretion. Ist das Krampfstadium eingetreten, dann ist die Haut im Anfange stets leichenblass: mit der Dauer der Krämpfe, der zunehmenden Behinderung der Athmung, dem immer stärkeren Hervortreten der Bulbi und der Jugularvenen am Halse, macht die Blässe aber einer stetig sich steigenden Cyanose Platz, die den höchsten Grad erreichen kann, um mit dem Nachlass der Krämpfe schnell zu schwinden.

Die Cyanose kann Blutungen unter die Haut des Gesichtes, unter die Conjunctiva, hinter dem Ohr zur Folge haben, die ebenso, wie die Bisswunden der Zunge, wichtig sein können, wenn es sich um die Diagnose eines abgelaufenen epileptischen Anfalls bei Menschen handelt, die im Schlafe von einem solchen heimgesucht sind.

Wo die Epilepsie nicht in Form von Krämpfen zum Ausdruck kommt, sondern in Form epileptoider Zustände, die als Aequivalente des epileptischen Krampfes vicariirend auftreten, da können dieselben sich auch durch eine Hautanomalie kundgeben. Griesinger und Emminghaus haben epileptoide Schweisse beobachtet, die ohne weitere Veranlassung mit oder ohne Schwindel eintraten.

Tetanus. Da wir gerade von Krämpfen reden, möchte ich, bevor ich zur Hysterie übergehe, noch einige Worte über den Tetanus einschalten, der allerdings eigentlich zu den Infectiouskrankheiten jetzt gezählt werden müsste. Bekannt ist der mimische Gesichtsausdruck der an Tetanus leidenden Patienten: Die hori-

zontalen, nur an der Glabella mehr verticalen Stirnfalten, das Hervortreten der Masseteren, die nach aussen gezogenen Nasenflügel, der breite Mund, die nach abwärts gerichteten Mundwinkel, die strahlig von ihnen abgehenden Hautfalten, geben das Gesamtbild des *Risus santorinus*. Eine Vermehrung der Schweisse ist nicht selten; wahrscheinlich ist sie eine Folge des Muskeltetanus, sie könnte aber auch auf einer Reizung des neben dem Krampfcentrum, in der Medulla oblongata, gelegenen Schweisscentrums beruhen. Eine Veränderung der Sensibilität ist kaum nachweisbar; nur Demme hat eine Herabsetzung der Tast- und Temperaturempfindung beschrieben.

Was die Hysterie, dieses an Mannigfaltigkeit der Symptome, an Wechsel in denselben alles übertreffende, leider so verbreitete Leiden, an Vielseitigkeit in den Anomalien der Sensibilität leistet, ist Ihnen ja allen bekannt. Stärkste Hyperästhesie, Parästhesien in allen Formen und Gestalten, tiefste Anästhesien finden wir bei Hysterischen, und, um die Vorgänge noch räthselhafter zu gestalten, können diese verschiedenen Anomalien kommen und gehen in ganz unberechenbarer Weise, und auch in jähem Wechsel aus einem Extrem in das andere übergehen. Gerade dieses Moment ist aber eines der Hauptcharacteristica der Hysterie, an dem wir sie erkennen, durch das wir sie von den so oft vorgetäuschten organischen Erkrankungen abgrenzen. Als zweites diagnostisch wichtiges Moment ist der Umstand zu bezeichnen, dass ein hysterisches Symptom selten allein auftritt, und fast stets neben den Störungen der Sensibilität irgend eine andere hysterische Erscheinung besteht. Gerade dieser Punkt ist von Wichtigkeit bei der Abgrenzung der *Hemianästhesia hysterica* von der *Hemianästhesia cerebralis* bei Erkrankungen in der Capsula interna. Endlich — und das ist das dritte diagnostische Hülfsmittel — verräth sich die Hysterie durch die denkbar grösste Rücksichtslosigkeit, welche sie gegen die Anatomie an den Tag legt. Allen anatomischen Regeln spottend, sich an kein Nervengebiet in irgend einer Weise bindend, verbreitet sich eine hysterische Anästhesie. Durch diese wunderbare Regellosigkeit wird die wahre Ursache nicht nur einer Anästhesie sondern auch einer etwa dabei bestehenden Lähmung oft leicht erkannt. Wenn z. B., wie ich es gesehen, eine seit Jahren vollkommen paraplegische Dame an den Unterschenkeln eine absolute Anästhesie zeigt, die in der Höhe des oberen Randes der Wade circulär in wagrechter Ebene haarscharf abschneidet, dann ist das nur bei einer Hysterie möglich, und ich brauche Ihnen nicht zu betonen, wie diese Aufklärung der Diagnose prognostisch und therapeutisch wichtig ist. — Tiefgehende trophische Störungen sind der Hysterie ebenso wie allen functionellen Neurosen nicht eigen, wenn auch Anomalien an der Haut, die dünn wird, trocken, spröde, oder an den Haaren, die glanzlos, brüchig werden, ergrauen, vorkommen.

Allerdings finden wir zuweilen Erscheinungen bei Hysterischen, die schwere Dystrophien vortäuschen, aber es pflegen dann Artefacte zu sein. So ist ein Fall bekannt, in dem an einem Arme runde, gangränöse Stellen entstanden, die dem Leiden alle möglichen gebildeten Namen: Zoster gangraenosus, multiple Hautgangrän etc., eintrugen, bis ein von einer solchen, frisch auftretenden schwarzen Hautstelle ausgehender schwarzer Strich es verräth, dass die Gangrän stets durch irgend ein wahrscheinlich mit rundem Pfropfen applicirtes Causticum hervorgerufen war; durch Unvorsichtigkeit der sich verstümmelnden Hysterica war einmal etwas von der Säure übergelaufen und hatte durch den entstandenen Strich das ganze verrathen. Bei näherer Untersuchung stellte sich noch manch anderes Symptom von Hysterie heraus, und so hat die sorgfältige Hautbetrachtung auch hier auf die richtige Diagnose gelenkt. — In der secretorischen Sphäre kommen sowohl Reizerscheinungen wie Lähmungserscheinungen nicht selten vor; locale wie allgemeine Hyperhidrosis, locale wie allgemeine Anhidrosis, sind beobachtet. Sehr räthselhaft ist das bei Hysterie zweifellos vorkommende Blutschwitzen, das schon so vielen Menschen als Wunder imponirte und der Producentin des blutigen Schweisses einen Heiligenschein eingebracht hat. Dass es sich dabei nur um einen Blutaustritt per diapedesin handeln kann, ist ja klar; welche Veränderungen es aber sind, die an der betreffenden Stelle den Vorgang auslösen, das entzieht sich noch unserer Erkenntniss. Ebenso dunkel sind die anderen Veränderungen, die der Schweiss bei Hysterie zeigen kann: Da ist die Chromhidrosis: gelber, rother, brauner, schwarzer oder, was am häufigsten ist, blauer Schweiss wird abgeschieden. Die blaue Farbe soll entsprechen derjenigen bei der Cyanurie wie derjenigen des blauen Eiters und vom Drüsenepithel herkommen; nach Eberth sollen Pilze oder Bacterien den Farbstoff produciren. An die Chromhidrosis reiht sich als weiteres Kuriosum die Osmhidrosis oder Bromhidrosis: der Schweiss hat von Hause aus einen besonders unangenehmen oder auch angenehmen duftenden Geruch.

Hemicranie.

Erkrankungen des Sympathicus.

Die Hemicranie bietet uns einen willkommenen Uebergang zu der Erörterung der Erkrankungen des Endgliedes des Nervensystems, des Sympathicus, da die Betheiligung dieses an der Entstehung der Hemicranie sicher ist; vielleicht ist der Sympathicus sogar dabei der allein afficirte. Wir unterscheiden bekanntlich zwei Formen von Hemicranie: die Hemicrania sympathico-spastica, bei der die Haut während des Anfalls kühl und blass ist, um am Schlusse in das Gegentheil umzuschlagen, und die Hemicrania sympathico-paralytica, bei der die Haut das gerade entgegengesetzte Verhalten zeigt. Da die Trennung beider Formen auch therapeutisch von Wichtigkeit ist, werden wir der Beschaffenheit der Gesichtshaut während des Anfalls besondere Aufmerksamkeit zu schenken haben. Auch

andere Hauterscheinungen kommen der Hemicranie noch zu, wie die Verminderung des Schweisses, Atrophie der Haut, Verstreichen der Hautfalten bei der angiospastischen Form, als Zeichen der Sympathicusreizung, Verfeinerung der Sensibilität und Ephidrosis unilateralis bei der angioparalytischen Form, als Zeichen der Sympathicuslähmung. Trophische Störungen kommen bei der letzteren Form nur dann vor, wenn sie secundär in die andere übergeht. Die bedeutendste trophische Störung, die auf den Sympathicus zurückgeführt wird, ist die Hemiatrophia fa-^{Hemiatrophia}cialis. ^{facialis.} Dieser gehen oft Veränderungen an den Haaren voraus, deren Zahl und Pigmentirung abnimmt. Die eigentliche Atrophie beginnt dann in der Haut der betreffenden Gesichtshälfte, indem narbig aussehende, weisse, später gelbliche Flecken auftreten, die zu grösseren Flächen confluiren können. Zuweilen kann man feststellen, dass diese Flecken dem Verlaufe eines bestimmten Gesichtsnerven sich anschliessen, wie ein Zoster. Dem Schwund des Pigments folgt eine Atrophie der Haut in all ihren Theilen: das Fettpolster schwindet, die Haut wird dünn, scheint an die Unterlage mehr fixirt, an der Oberfläche stellt sich unter Schwund der Talgsecretion Trockenheit und Abschilferung ein, narbige Streifen werden sichtbar, die ganze Haut bekommt ein geschrumpftes Aussehen, wie bei Greisen. Bis auf leichte Parästhesie sind keine Sensibilitätsstörungen, ebensowenig wie vasomotorische vorhanden, dagegen wird die Schweisssecretion später vermindert. Gleichzeitig mit der fortschreitenden Atrophie der Haut entwickelt sich eine Atrophie der tiefern Theile, auf die näher einzugehen ausserhalb des Rahmens unseres Themas liegt. Das Gegenstück der Hemiatrophia facialis, und noch seltener als sie ist die Hemihypertrophia facialis.

Anhangsweise sei noch mit wenigen Worten der Psychosen ^{Psychosen.} gedacht, bei denen allerlei neuropathische Störungen, wie Erytheme, erysipelatöse Röthungen, Pityriasis, Hyperhidrosis im Verlaufe auftreten können; sie sollen als „kinetische Aequivalente“ für Erregungszustände, die sich in lebhafter Unruhe, gewaltthätigen Handlungen äussern, aufzufassen sein. Hervorheben möchte ich nur die Dementia paralytica, die sich in mannigfacher Weise auf der Haut äussert. ^{Dementia}Die sensiblen Nerven finden ^{paralytica.} sich im Beginn des Leidens in einem gewissen Reizzustand, die Haut ist hyperästhetisch; erst im vorgeschrittenen dementen Stadium wird dieser durch Anästhesie abgelöst. Secretorischen, vasomotorischen und trophischen Störungen verschiedener Art begegnen wir bei der Paralyse. Vermehrung der Hautsecretion, Herpes zoster, Ausfallen, prämatüre Canities der Haare sind nicht selten; Dyschromasieen als Schwarzwerden der Haut ist unter dem Namen Nigrities beschrieben worden; Decubitus beschliesst zuweilen das langdauernde Leiden.

Ich bin im Begriff, die Erörterung der Nervenkrankheiten, die ich, wie alle übrigen Leiden in erster Reihe vom Stand-

punkte des innern Mediciners besprochen habe, zu schliessen, aber wenn ich diesen Standpunkt mit dem des Dermatologen vertausche, dann sehe ich, dass so manches Leiden unberücksichtigt oder wenig berücksichtigt geblieben ist, das den Stempel der Abhängigkeit vom Nervensystem an der Stirne trägt. Es wäre gar leicht eine kleine Nachlese zu halten. Dass sie von mir nicht eingeflochten sind, dafür darf ich wohl die Verantwortung der Wissenschaft überlassen, welche die Leiden noch nicht rubricirt, ihre Entstehungsursachen noch nicht genügend ergründet hat. Hoffentlich bringen die regen Forschungen auf dem Gebiete der Nervenkrankheiten Hand in Hand mit den Studien der Dermatologen Klarheit in alle Fragen! Gemeinsames Arbeiten beider Zweige derselben Wissenschaft kann nur die besten Früchte tragen!

IX. Vortrag.

Erkrankungen des Blutes.

Plethora. — Acute Anämie. — Chronische Anämie. — Perniciöse Anämie. — Chlorosis. — Leukämie. — Pseudoleukämie. — Hämophilie. — Purpura — Peliosis rheumatica. — Morbus maculosus Werlhofii. — Scorbut.

Meine Herren!

Wenn man von Erkrankungen des Blutes spricht, so wird man sich bewusst sein müssen, dass es eigentlich Bluterkrankungen primärer Natur, soweit sie nicht durch in den Körper eingedrungene, oder in ihm entstandene, dem Blute schädliche Gifte bewirkt werden, kaum giebt. Es werden ja nur dadurch Veränderungen in der Blutzusammensetzung bewirkt, dass Anomalieen in den blutbereitenden Organen bestehen; sie sind also doch secundärer Natur. Wenn wir z. B. die Leukämie als Erkrankung des Blutes bezeichnen, dann bezeichnen wir sie eben nur nach einem hervorragenden Symptom. Wollten wir sie nach dem grundlegenden Vorgange rubriciren, dann müssten wir sie bald zu den Erkrankungen des Knochenmarks, bald zu denjenigen der Milz zählen, bald sie den Veränderungen in den Lymphdrüsen zur Last legen. Richtiger wäre es, Krankheitsbilder aufzustellen, die den Veränderungen des blutbereitenden Systems in seiner Gesamtheit entsprechen. Wir thun das nicht, weil uns dieses System und die einzelnen Glieder desselben nicht genügend bekannt sind. Bis auf Weiteres müssen wir also dem alten Usus treu bleiben, wir wollen aber dessen eingedenk sein, dass wir hier ein Testimonium paupertatis vor uns haben, welches nur durch weitere gründliche Arbeiten seine Geltung verlieren kann, wie sie besonders von Ehrlich jetzt angebahnt worden sind.

Die Pathologie der Bluterkrankungen, von denen sich auch die Blutgefässerkrankungen bisher leider nicht immer abgrenzen lassen, ist ja bis in die jüngste Zeit im Ganzen ein Stiefkind der Medicin gewesen. Während man mit bewaffnetem

Bluterkrankungen.

Auge allen pathologischen Vorgängen mit Eifer schon lange nachforschte, ist es erst Ehrlich vorbehalten geblieben, mit Hülfe einer verbesserten Färbetechnik die Wege zu grösserer Klarheit zu ebnen und mehr Licht in die Pathologie des Blutes zu bringen. Im Ganzen liegt aber die feinere mikroskopische Blutuntersuchung noch in den Windeln und werden wir nach wie vor auch heute einen sehr grossen Werth auf die Beobachtung mit unbewaffnetem Auge, auf die Betrachtung des Aeussern unserer Patienten legen müssen; denn die Anomalieen des Blutes treten am deutlichsten an der Haut und den sichtbaren Schleimhäuten zu Tage. Die unbedeckte, relativ haarlose Haut des Menschen lässt den Inhalt der Blutgefässe so durchscheinen, dass wir über Füllung der Gefässe und Beschaffenheit des Inhalts durch genaue Betrachtung derselben manche Aufklärung erhalten, zumal die Blutzusammensetzung natürlich für das Gedeihen der Haut und seiner Anhangsgebilde wie auf ihre secretorische Thätigkeit von Einfluss ist. Deshalb ist es dringend nöthig, dass man den Blick für die Veränderungen der Hautfarbe etc in jeder Weise zu schärfen sucht, um so einen Einblick in den Haushalt des Körpers, speciell in die Vorgänge im Blute schon makroskopisch zu erhalten. Es gelingt durch Uebung den Blick für Farbendifferenzen viel feiner auszubilden, als es bei der schriftlichen Darstellung möglich ist dieselben zu schildern, da es schwer ist, feinere Nuancen, die das Auge noch scharf zu scheiden vermag, mit Worten wiederzugeben. Ein durch Blutverlust anämisches Mädchen und ein chlorotisches Mädchen sehen beide blass aus und doch ist da nicht selten ein durch Worte nicht ausdrückbarer Unterschied in der Blässe, so dass man auf den ersten Blick sagen kann, das ist Anämie und das ist Chlorose. Uebung und Erfahrung verfeinern auch das makroskopische Sehen, und das ist für die practische Thätigkeit oft nicht minder wichtig, als das gewiss wissenschaftliche hochbedeutsame mikroskopische Sehen, denn nicht immer kann man mit dem Mikroskop vorgehen; ist es doch oft nicht leicht, den Patienten dazu zu bewegen, den durch die schwere Operation mittelst eines Nadelstichs zu entnehmenden Blutstropfen zur Untersuchung zu opfern.

Plethora.

Das Gebiet allgemeiner Hyperämie, der Plethora, können wir übergehen, denn die Krankheit ist nicht mehr Mode; mit der fortschreitenden Civilisation verträgt sich keine Ueberfülle an Blut, die dem Menschen einen Aderlass von Zeit zu Zeit zu einem Vergnügen machte. Nervosität und Anämie, sie scheinen leider die unzertrennlichen Begleiter der Cultur zu sein.

Acute
Anämie.

Gehen wir sogleich zu einer Schilderung des Bildes, wie es die acute Anämie bietet. Nach starken Blutverlusten, beispielsweise nach Metrorrhagien post partum, können wir es oft genau studiren. Zunächst fällt die starke Blässe der Haut auf; diese Hautblässe ist aber nicht etwas stets gleichmässiges, vielmehr

ist für ihren Ton der Grad der Hautpigmentirung massgebend. Während bei der hellen Haut der blonden Personen die Anämie sich durch eine blasse weisse Haut kundgiebt, ist letztere bei brünetten Personen, oder Personen, die von Natur eine griese, schmutzige Hautfarbe haben, fahl, mit einem Stich ins grünliche oder gelbliche.

Die Temperatur der Haut ist gesunken, da die Wärmeabgabe in gleicher Weise anhält, während die durch das Blut bewirkte Wärmezufuhr vermindert ist. Besonders fühlen sich die vom Herzen am meisten entfernten Hautstellen, Nase, Ohren, Hände und Füsse recht kalt, oft eisig kalt an. Der Turgor der Haut hat abgenommen, sie hat ihre normale Spannung und Elasticität verloren; ein kalter, klebriger Schweiss bedeckt die Körperoberfläche. Die Kälte des Schweisses ist ja leicht verständlich, die klebrige Beschaffenheit desselben kann nicht so leicht erklärt werden. Ich habe nirgend irgend welche Angaben über die Ursachen der verschiedenen Beschaffenheit der Schweisse bei acuter Anämie, Shock, Collaps, im Gegensatz zu den bei der Defervescenz, bei starker Muskelthätigkeit, bei Tuberculose etc. auftretenden Schweissen finden können. Und doch ist der kalte, klebrige Schweiss für die erstgenannten Zustände so recht charakteristisch. Ist eine übermässige Fettbeimengung die Ursache der Klebrigkeit? Der normale Schweiss enthält ja auch Fett, aber er hat doch nicht die klebrige Beschaffenheit; diese könnte nun bedingt sein, entweder durch vermehrten Fettgehalt oder durch stärkere Concentration. Letztere ist bei den doch oft so profusen Collapsschweissen nicht leicht anzunehmen, eine Vermehrung der Secretion an Fett aber will mir bei verminder-tem Blutzufuss zur Haut nicht in den Sinn. Oder ist das Secret der Talgdrüsen in höherem Grade den Collapsschweissen beigemischt, die dann also beim Collaps zugleich mit dem Schweisse in höherem Maasse ihren Inhalt entleeren? Dem stehen nun seitens der physiologischen Verhältnisse, soweit sie uns bekannt sind, Schwierigkeiten im Wege. Man nimmt in der Norm an, dass die schrägen Hautmuskeln, vornehmlich die Arrectores pilorum, bei ihrer Contraction durch mechanischen Druck die zwischen ihnen und dem Haarfollikel liegenden Talgdrüsen entleeren, die entgegengesetzte Wirkung aber gleichzeitig auf die Schweissdrüsen ausüben, indem sie deren korkenzieherartig sich hindurchwindenden, in der Epidermis wandlosen Ausführungsgänge comprimiren eine Erschlaffung der Hautmuskeln würde natürlich das entgegengesetzte bewirken. Nach dieser Annahme wäre also eine gleichzeitige Entleerung beider Drüsenarten weder durch eine Contraction noch durch eine Erschlaffung der Hautmuskeln möglich, ein vermehrter Schweissausbruch könnte also niemals von einer gesteigerten Entleerung der Talgdrüsen begleitet sein und umgekehrt. Es bliebe nur, wenn wir auf der Basis der bis jetzt wohl als richtig angenommenen, aber nicht über alle Zweifel

erhabenen physiologischen Auffassung stehen bleiben, übrig, anzunehmen, dass die Anämie der Hautgefäße in irgend welcher Weise der Entleerung der Talgdrüsen, unabhängig von der Thätigkeit der Hautmuskeln, Vorschub leistet. Leichter wird allerdings die Sachlage, wenn man hinter die physiologische Angabe, dass bei der Contraction der schrägen Hautmuskeln die Talgdrüsen und Knäueldrüsen in Bezug auf ihre Entleerung ein antagonistisches Verhalten zeigen, ein Fragezeichen setzt und dann eine die Schweissentleerung begleitende Contraction der Arrectores pilorum zur Erklärung heranzieht, die den Inhalt der Talgdrüsen austreibt. Wir wissen ja, dass Anämie der Haut, wie sie jede Abkühlung beispielsweise hervorruft, eine Contraction der Arrectores bewirkt, die sich bei hohen Graden als *Cutis anserina* geltend macht. Diese Contraction ihrerseits steigert dann noch die Anämie, indem sie das Blut aus den Papillargefäßen in die tieferen Blutgefässnetze treibt, vermehrt dadurch die Abkühlung und indirect wieder ihre eigene Stärke. Auf diese Weise ist die klebrige Beschaffenheit der Collapsschweisse ungezwungen zu erklären, allerdings im Widerspruch mit der vielfach, so von Unna, angenommenen Auffassung von der Bedeutung der schrägen Hautmuskeln für die Entleerung der Schweissdrüsen. Wir können die Berechtigung unserer Auffassung auch vielleicht daraus erschliessen, dass umgekehrt der bei vasomotorischer (nicht entzündlicher) Hyperämie entleerte Schweiss keine starke Fettbeimengung enthält, da Hyperämie der Haut Erschlaffung der Arrectores, und damit Stocken im Abfluss des Hauttalges im Gefolge hat; wohlgemerkt, im Abfluss und nicht in der Secretion, verringerter Abfluss des Secretes und verminderte Secretion sind ja etwas ganz verschiedenes. Doch wie dem auch sei, zu beherzigen ist, dass der bei acuter Anämie austretende Schweiss sich klebrig anfühlt.

Chronische
Anämie.
Perniciöse
Anämie.

Dieselben Erscheinungen in entsprechender Abstufung finden wir bei der chronischen Anämie und hier wieder in höchstem Grade bei der bösesten Form derselben, der perniciösen Anämie. Diese giebt der Haut eine leichenblasse, selten eine graue oder bläuliche Farbe, während die Skleren etwas icterisch erscheinen. Die Haut ist dabei trocken, spröde, schilfert stark ab; die Haare werden spröde, glanzlos, fallen aus; die Nägel sind verdickt, rissig, bröckeln am Rande ab. Mässiges Oedem an den Unterschenkeln und speciell an den Knöcheln ist nicht selten. Als schwersten Erscheinungen begegnen wir aber bei diesem gefährlichen Leiden den Hautblutungen in Form von Petechien, Vibices, Ecchymosen und Echymomen. — Was ist die nächste Ursache dieser Hautblutungen? Es kann das kranke Blut diffusionsfähiger sein, es können aber auch die Gefässwandungen in Folge der schlechten Blutversorgung durch die *Vasa vasorum* brüchig, rissig geworden oder auch nur so in ihrer Constitution verändert worden sein, dass sie dem Blutdurchtritt

per diapedesin günstigere Bedingungen schaffen. Möglicher Weise wirken beide Factoren mit; wahrscheinlicher erscheint mir es, dass der Gefässanomalie die directe Schuld zuzuschreiben ist, die Bluterkrankung nur indirect dabei betheiligt ist.

Von den Krankheitsbildern der verschiedenen Formen der Anämie ist zu trennen die Chlorose, die sehr mit Unrecht häufig mit der Anämie in einen Topf geworfen wird. Die Chlorose ist ein Leiden sui generis, dem ganz andere Anomalieen zu Grunde liegen wie der einfachen Blutarmuth. Um uns kurz zu fassen, können wir sagen, dass die Anämie auf einer quantitativen Verminderung der Blutmenge oder nur der rothen Blutkörperchen beruht, während die Chlorose durch eine qualitative Veränderung der rothen Blutkörperchen und zwar speciell durch Hämoglobinararmuth derselben bedingt ist, die allerdings auch von einer Verminderung der Zahl der Blutkörperchen begleitet sein kann; diese bildet dann aber niemals das Characteristicum. Die Haut Chlorotischer ist exquisit blass, besonders tritt diese Blässe an den Ohrmuscheln hervor, die als alabasterfarbig bezeichnet werden; bei stark pigmentirten Personen kann auch hier die Hautfarbe eine fahlgelbe, grüngelbe, oder schmutzig graue sein. Sehr ausgeprägt finden wir bei der Chlorose eine Erscheinung, der wir bei der Lungentuberculose schon begegnet sind; die grosse Erregbarkeit und Labilität der Vasomotoren im Gesichte und an dem oberen Theil des Brustkorbes. Bei dem geringsten Anlass werden die Chlorotischen oft wie mit Blut übergossen; die Röthe ist am Thorax begrenzt durch zwei Linien, die etwa vom Acromion nach der Mitte des Sternum verlaufen und hier in einem spitzen Winkel zusammentreffen. Die Hautröthe kann aber auch bei chlorotischen Personen im Gesichte eine dauernde werden durch Erschlaffung der Vasoconstrictoren; man bezeichnet solche Fälle als Chlorosis rubra. Allerdings bleibt um die Augen und um den Mund herum die Haut meistens sehr blass. — Gewöhnlich zeigt die Haut bei Chlorotischen eine trockene Beschaffenheit, schwitzt wenig, ist spröde und schilfert leicht ab. Der Panniculus adiposus ist meist reichlich entwickelt, ein schnelles Schwinden desselben ebenso wie eine stärkere Neigung zu Schweissen sind sehr suspecte Erscheinungen und lassen immer den Gedanken an eine Phthisis incipiens aufkommen. Oedeme begleiten nur die schwersten Fälle oder sind bei mittelschweren Erkrankungen die Folge von den so viel empfohlenen, aber bei übertriebener Anwendung schädlichen Körperbewegungen.

Ist die Anomalie in der Zahl oder der Beschaffenheit der rothen Blutkörperchen die Ursache der bisher besprochenen Bluterkrankungen, so ist die Aenderung in dem quantitativen Verhältniss der rothen zu den weissen Blutkörperchen das charakteristische der Leukämie, die auch der Haut ein weisses, weissgraues oder gelbliches Aussehen giebt, zu Oedemen, subcutanen Blutungen führen kann, eine starke Neigung zu Schweissen, auch

zu hectischen Nachtschweissen im Gefolge hat. Von grossem Interesse sind die leukämischen Hauttumoren, die in nicht zu seltenen Fällen beobachtet sind. Sie stellen derb elastische, auf der Unterlage schwer verschiebliche, zuweilen mahagonibraun gefärbte, oft symmetrische, gelappte Tumoren dar, die gänzlich schmerzlos sind und pathologisch-anatomisch sich als leukämische Tumoren characterisiren. Neben diesen geschwulstbildenden Hautveränderungen sind auch diffuse beobachtet, die der Haut vollkommen ein ekzemähnliches Aussehen geben: dieselbe ist roth, verdickt, theils glänzend, glatt, theils nässend, theils mit Schuppen bedeckt. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine leukämische Infiltration des Corium, nach der Papillarschicht abnehmend, oder an wenigen afficirten Stellen nur eine Infiltration um die Haarbälge, Drüsenkanäle und grossen Blutgefässe.

Pseudo-
leukämie.

In ähnlicher Weise finden wir charakteristische Hautbildungen bei der Pseudoleukämie: Von Arning, Joseph u. A. sind Fälle beschrieben, in welchen sich in der Haut von an Pseudoleukämie leidenden Kranken, besonders im Gesicht und auf der Brust, kleine, oberflächlich oder tief im Unterhautbindegewebe liegende Knötchen bildeten, die hart und schmerzlos waren und einen normalen Hautüberzug zeigten. Bei oberflächlichem Sitz erschien die Haut wachsartig durchscheinend. Mikroskopisch zeigten diese Tumoren den Character lymphosarcomatöser Bildungen. Ausserdem kommen bei der Pseudoleukämie auch specifische Anomalien der Haut vor, die an Prurigo erinnern. Man muss diese Veränderungen kennen, denn sie haben in einigen Fällen bereits die Basis zu der richtigen Diagnose abgegeben.

Hämophilie.

Purpura.
Peliosis
rheumatica.
Morbus
maculosus
Werlhofii.
Scorbut.

Erythema
nodosum.

Ohne auf die Hämophilie näher einzugehen, die sich bekanntlich durch hervorragende Neigung zu Hautblutungen kund giebt, und in ihrem Wesen wenig ergründet ist, wollen wir uns jetzt zu einer Gruppe von Erkrankungen wenden, deren Hauptkennzeichen die cutanen Blutungen bilden: Purpura simplex, Peliosis rheumatica, Morbus maculosus Werlhofii und Scorbut. Wenn ich diese Leiden alle zusammenfasse, so thue ich das nicht nur aus Opportunitätsgründen, sondern auch um damit der jetzt vorherrschenden Anschauung Genüge zu thun, die darin gipfelt, dass alle diese Leiden, denen vielleicht noch das Erythema nodosum anzureihen wäre, nicht als principiell sondern nur als graduell verschieden anzusehen sind, bedingt durch dieselbe Noxe. Ueber die Natur dieser Noxe gehen die Ansichten sehr auseinander. Wagner nahm eine Veränderung der Blutgefässe, andere eine vasomotorische Neurose, andere noch nicht eruirte Blutanomalien als Ursache an. Alle diese Erklärungsversuche treten aber zurück gegenüber der neuesten Anschauung, die Bacterien für diese Gruppe von Krankheiten verantwortlich macht. Letzerich hat sogar schon einen Ba-

cillus purpuræ hæmorrhagicae beschrieben, dessen Specificität allerdings noch nicht fest begründet ist. Sind Bacterien die Ursache dieser Leiden, dann ist es natürlich dadurch nicht ausgeschlossen, dass Blut- oder Blutgefässerkrankungen bei denselben eine Rolle spielen, diese wären dann aber secundärer Natur, eine Folge der Ansiedelung von Microorganismen. In leichten Fällen von Purpura, Skorbut finden wir Hautblutungen zuerst an den unteren Extremitäten, später an Rumpf und Oberarm, mit besonderer Bevorzugung der Streckseiten; das Gesicht bleibt meistens frei. Petechien, Ecchymosen, bei ganz oberflächlichem Sitz Blutblasen etc., entstehen mit Vorliebe an den Stellen, an denen die Haut einem besonderen Drucke ausgesetzt ist. So ist z. B. die Stelle der Strumpf- und Kleiderbänder besonders häufig der Sitz von Vibices. In schweren Fällen genügt schon ein Quetschen der Haut mit dem Finger, um Hämorrhagien hervorzurufen. Die anomale Farbe an der betreffenden Stelle, die natürlich nicht wegdrückbar ist, geht allmählich von roth ins braunrothe, blaue, grüne, gelbe über, bis sie schliesslich spurlos schwindet. Bei Bildung grosser Ecchymosen kann es zur Vereiterung und Gangränescenz an der betroffenen Hautstelle kommen, ein besonders bei dem heute so selten gewordenen Skorbut sehr gefürchtetes Ereigniss. Die Blutungen bei Skorbut sind überhaupt die ausgedehntesten, erstrecken sich tief in das subcutane Zellgewebe; grosse Tumoren, bedeckt von warmer, auf Druck empfindlicher Haut, entstehen, die unter Zurücklassung einer Verdickung schwinden, aber auch zur Perforation der Haut führen können. Einer besonderen Erwähnung bedürfen die skorbutischen Hautgeschwüre: Es entstehen bluthaltige Blasen, Herpes oder Pemphigus skorbuticus; nach Abhebung der Decke entwickeln sich daraus Geschwüre mit stark wuchernden Granulationen und geringer Tendenz zur Heilung. Bedecken sich diese Geschwüre mit Krusten, die sich staffelartig auf einander thürmen, dann haben wir das Bild der Rupia skorbutica. — Dass die Hautdecken bei all diesen Krankheiten, die meistens schon von vorneherein anämische Individuen ergreifen, um so blasser werden, je mehr Blutungen eingetreten sind, ist natürlich; ebenso, dass diese Anämie eine Trockenheit, eine Abschilferung bewirkt, dass die Haare leiden, die Nägel Zeichen von Atrophie zeigen. Erwähnenswerth ist noch der Lichen skorbuticus und die Acne skorbutica, mehr oder weniger spitze bluthaltige Knötchen, die man im Beginn des Leidens schon antreffen kann, entsprechend den Haarfollikeln, an denen sich die ersten Erscheinungen des Skorbut gerne lokalisieren — die Onychia und Paronychia skorbutica, die skorbutische Geschwüre im Nagelbett darstellen, und die Urticaria. —

Bei näherer Betrachtung aller bei dieser Krankheitsgruppe eintretenden Hauterscheinungen ist leicht ersichtlich, dass dieselben von der leichtesten Purpura bis zum schwersten Skorbut

allmählich zunehmen, ohne aber bei den einzelnen Leiden charakteristische Kennzeichen zu zeigen; die Unterschiede sind eben nur graduelle. Die genauere klinische Abgrenzung dieser Leiden wird nur gegeben durch die Betheiligung der Schleimbäute, des Zahnfleisches, der Gelenke, der inneren Organe, deren Folgen hier nicht näher aufgeführt werden können.

Der Vorgang bei den Blutaustritten ist nicht klar, da Gefässerkrankungen mehr hypothetisch angenommen, als anatomisch bewiesen sind, da eine abnorme Beschaffenheit des Blutes, die es zur Diapedesis besonders befähigt, auch nicht bekannt ist.

Im Ganzen hat uns die Anatomie und das Mikroskop über diese Leiden noch wenig aufgeklärt, und die makroskopische Betrachtung, die Adspection, ist für die Beurtheilung und Differenzirung derselben noch im höheren Maasse ausschlaggebend, als es erwünscht ist.

X. Vortrag.

Allgemeine Ernährungsstörungen.

Arthritis. — Diabetes mellitus. — Diabetes insipidus. — Rachitis. —
Scrophulose.

Meine Herren!

Die Haut ist nicht nur ein Futteral zum Schutze des Körpers und seiner Organe vor äusseren Schädlichkeiten, sondern selbst ein wichtiger und thätiger, die normalen Vorgänge im Körper vielfach regulirender Theil desselben, der nicht ohne Rückwirkung auf den Gesamtorganismus geschädigt werden kann, der aber auch bei allen allgemeinen Ernährungsstörungen mit betroffen wird. Wir werden also bei allen Constitutionsanomalien erwarten dürfen, auch auf der Haut Erscheinungen derselben zu sehen, die vielleicht für die Erkennung und Beurtheilung der Bedeutung derselben von Wichtigkeit sind. Beginnen wir mit der Arthritis, so finden wir die Harnsäureablagerungen in der Haut im Ganzen selten; eigentliche Tophi sind nur im Gesichte beobachtet. In interessanter Weise documentirt sich die Gicht an den Ohrknorpeln: es bilden sich höckerige, harte, im Centrum weisse, von erweiterten Gefässen umgebene Knötchen, aus denen, wenn man sie ansticht, auf Druck weisse, breiige Massen sich entleeren, die aus harnsaurem Natron bestehen. Die Haut kann über diesen Knochen wie über allen Tophi ulceriren. — Bei hochgradiger Ueberladung des Blutes mit Harnsäure findet man zuweilen auf der meistens zu starker Schweisssecretion neigenden Haut eine Anomalie in Gestalt eines weissen Belages, der bei chemischen Untersuchungen sich auch als aus harnsauren Salzen bestehend erweist, die Murexidprobe giebt, in Alkalien löslich ist und wie die Harnsäure krystallisirt. Dieselben Salze kann man auch in den Transsudaten nachweisen, die man durch Vesicatoren auf der Haut erhält. Neben diesen specifischen Erscheinungen ist eine gewisse Vulnerabilität der Haut bei

Arthritis.

Diabetes
mellitus.

Gichtikern hervorzuheben; dieselbe äussert sich durch eine Neigung zu Entzündungsprozessen, Ekzemen, Acne, durch Anomalien der Hautgefässe, Bildung von Phlebectasieen und leichtes Entstehen gangränöser Prozesse. Diese erhöhte Vulnerabilität und Neigung zur Mortification leitet uns direct über zu dem Diabetes mellitus, der sich ja auch nicht gar selten mit der Arthritis combinirt. Wir können beim Diabetes mellitus uns die Hautveränderungen eintheilen in solche, die örtlich durch die Entleerung des zuckerhaltigen Urins an den Genitalien bewirkt werden und solche, die der Allgemeinerkrankung ihre Entstehung verdanken. Die localen Veränderungen geben sich oft durch ein quälendes Jucken und Brennen kund: Untersucht man genauer, dann findet man beim Manne eine Balanitis sehr oft mit weissen Belägen, bei Frauen eine Vulvitis mit gleich beschaffenen Placques. Diese weissen Beläge bestehen aus Pilzvegetationen; die durch zuckerhaltigen Urin versüsste Haut sagt den Pilzen als Ansiedlungsort vorzüglich zu. Sucht der Patient das Juckgefühl durch Kratzen zu beschwichtigen, dann entstehen Kratzeffekte, die wiederum wahrscheinlich parasitär entstehenden Ekzemen die Wege ebnen. — Den constitutionellen Störungen verdanken eine Reihe von Hautveränderungen ihre Entstehung. Vor Allem schwindet meistens oft sogar bekanntlich mit grösster Schnelligkeit der Panniculus adiposus; die Haut magert ab, wird faltig, schlaff. Die faltige schlaffe Haut ist hier wie bei allen zu schneller Entfettung führenden Krankheiten sehr beachtenswerth, besonders am Handrücken tritt das oft deutlich hervor und leitet uns darauf hin, dass hier eine zu schneller Consumption führende Krankheit spielt, wenn sie nicht durch therapeutische entsprechende Maassnahmen bedingt ist, die ja heute vielleicht zu sehr in der Mode sind, jedes bischen Enbonpoint wird ja doch gefürchtet.

Der oft enorme Flüssigkeitsverlust der Diabetiker durch den Urin bewirkt eine trockne, spröde Beschaffenheit der Haut und auch der Schleimhaut; besonders an den Lippen kennzeichnet sich das häufig durch das instinctive permanente Belecken. Parästhesieen, besonders starkes Jucken begleiten oft diese Trockenheit der Haut. Die Schweisssecretion ist in der Regel eine sehr spärliche, tritt zuweilen das Gegentheil ein, eine starke Neigung zu Schweissen, dann muss uns das ein Hinweis sein auf beginnende Phthisis pulmonum zu fahnden, da ja bekanntlich Tuberkelbacillen auf diabetischem Boden gut gedeihen. Aber auch zahlreichen anderen winzigen Uebelthätern sagt der durch Zucker gedüngte Boden sehr zu; sie geben uns eine ganze Collection von Hautleiden; so die schon oben erwähnten parasitären Ekzeme, die Furunculosis, die Phlegmonen, alle mit Vorliebe von den Genitalien ausgehend. Besonders ist die Furunculosis, ebenso wie, um das Häufigste hervorzuheben, der erwähnte hartnäckige Pruritus cutaneus stets eine Indication zu sorgfältiger Untersuchung des Harns; ein Unterlassen derselben

ist direct als Kunstfehler zu bezeichnen. Dieselbe Mahnung tritt an uns heran, wenn wir spontan oder nach geringfügigen Verletzungen den Eintritt einer Gangrän erleben, denn das Gewebe der Diabetiker neigt gar sehr zur Mortification. Der geringfügigste operative Eingriff kann bei einem Diabetiker verhängnissvoll werden. Deshalb ist es eine alte Regel, dass man, wenn die Nothwendigkeit eines solchen bei bestehendem Diabetes mellitus an uns herantritt, stets vorher versuchen muss, durch entsprechende therapeutische Maassnahmen den Diabetes zu beseitigen oder wenigstens zu bessern. — Als Facit unserer Besprechung der Zuckerharnruhr können wir es aussprechen, dass die Betrachtung und Beachtung der Vorgänge auf der Haut für die Diagnose derselben von hervorragender Wichtigkeit ist, wir der Haut gar oft den ersten Hinweis auf das Bestehen dieses insidiösen Leidens verdanken. Unter Uebergang des Diabetes insipidus, der nur durch Wasserentziehung eine trockne und spröde Hautbeschaffenheit bedingt, wenden wir uns den vornehmsten und wichtigsten Ernährungsstörungen des Kindesalters zu, der Rachitis und der Scrophulose. Die Haut der Kinder bei Rachitis hat wenig charakteristisches; meist ist sie welk, schlaff, anämisch, oft ist sie aber auch ganz normal, so dass derartige Kinder geradezu blühend aussehen. Sehr auffallend und nur selten fehlend sind die starken Kopfschweisse bei rachitischen Kindern, die häufig zuerst die Mütter auf ein bestehendes Leiden aufmerksam machen. Zuweilen tritt auch eine allgemeine Hyperhidrosis hinzu. Sudamina, leichtere, bläschenförmige Ekzeme können als Folgezustände der abnormen Schweissproduction auftreten. Wodurch diese Hyperhidrosis capitis bedingt ist, darüber wissen wir nichts; wenn es heisst, es ist eine Anomalie des Sympathicus, dann wird uns die Sache dadurch nicht viel klarer. — Mit der Rachitis verbindet sich zuweilen eine sorbutähnliche Erkrankung der Säuglinge, die man als Barlow'sche Krankheit bezeichnet. Sie erkranken unter rheumatischen Erscheinungen und zeigen Hämorrhagieen in der wachsbleichen Haut, aus dem Zahnfleisch und intramusculär. Die Muskelblutungen bewirken Schmerz, der dann zur Folge hat, dass die Kinder jede Bewegung der Extremitäten ängstlich vermeiden. Passende Ernährung heilt diesen Zustand wie die Rachitis.

Diabetes
insipidus.

Rachitis.

Im Gegensatz zu der im ganzen geringen Ausbeute, die die Rachitis für unsere Betrachtungen liefert, steht die grosse bunte Karte von Hautaffectionen, die die Scrophulose uns darbietet; unter dem Namen Scrophuloderma fassen wir die meisten zusammen. Schon das Gesamttäussere der Scrophulösen bietet vieles, was unsere Aufmerksamkeit auf das Leiden lenkt und auch die Basis für eine Eintheilung desselben giebt. Da sind auf der einen Seite Kinder mit einem starken Fettpolster, schwammigem Aussehen, dicker Nase, wulstiger Oberlippe; das Gesicht hat etwas plumpe, schwerfälliges, deutet und zwar

Scrophulose.

meistens mit Recht auf eine träge Geistesthätigkeit. Das ist die torpide Scrophulose, die uns, relativ genommen, nicht so sehr viel Sorge macht, denn sie ist selten die Vorgängerin der Tuberculosis. Ganz entgegengesetzt ist das Bild der erethischen Scrophulose: Eine zarte, weiche, blasse, von blau durchschimmernden geschlängelten Venen durchzogene, leicht erröthende Haut überzieht ein mageres Gesicht; weiches, meist blondes Haar bedeckt den Kopf; ein lebhafter ausdrucksvoller Blick signalisirt eine grosse Regsamkeit des Geistes. Das sind die Fälle, deren Lungen sich leider oft als ein sehr geeigneter Nährboden für die Tuberkelbacillen erweisen. Die beiden Formen von Scrophulose zu kennen und zu trennen, ist von grosser Wichtigkeit. — Kommen wir nun zu den charakteristischen Hauterkrankungen bei der Scrophulose, dem Scrophuloderma, so können wir da, entsprechend der Eintheilung von Hebra jun. mehrere Formen unterscheiden:

Erstens ist das Scrophuloderma papulosum zu nennen, das sich deckt mit dem Lichen scrophulosorum, einer keineswegs seltenen, sehr charakteristischen Affection. Dieselbe besteht aus kleinen, bis stecknadelkopfgrossen, flachen, wenig resistenten Knötchen, die an der Spitze ein Schüppchen, seltener ein kleines Bläschen tragen. Die Farbe derselben ist blassroth oder mehr braunroth, lividroth, eine Röthe, die man als cachectische bezeichnet und der man bei manchen Hautleiden, die heruntergekommene, cachectische Individuen befallen, begegnet. Die Knötchen treten in Gruppen auf, sind oft in Kreisformen angeordnet und befallen stets zuerst das Sternum, Rücken, Brust, Unterleib, erst bei weiterer Ausbreitung betheiligen sich auch die Extremitäten, und zwar vornehmlich an den Beugeseiten. Durch Confluenz mehrerer Gruppen kann eine scheinbar diffuse Erkrankung hervorgehen, bei der man jedoch bei genauerem Zusehen die Entstehung aus einzelnen Knötchen erkennt. Zwischen den einzelnen Gruppen können disseminirte papulöse Gebilde hervortreten. Diese Papeln schmerzen nicht, jucken wenig und schwinden meistens nach mehr weniger langem Bestande, zumal bei Besserung der Constitution, unter geringer Abschuppung der Haut, ohne Spuren zu hinterlassen. Andere scrophulöse Veränderungen in den Drüsen, auf den Schleimhäuten oder der Haut etc. pflegen in ca. 90 pCt. der Fälle nicht zu fehlen. Durch die lebhaft rothe Farbe, die glatte glänzende wachsartige Decke, die polygonale Form, die gedellte Oberfläche, das mehr disseminirte Auftreten, durch die Bevorzugung der Extremitäten, lässt sich der eigentliche Lichen ruber leicht von diesem scrophulösen Leiden abgrenzen. — Die Anatomie dieser Knötchen, die sich als Zellinfiltration und Exsudation in und um die Hautfollikel und Talgdrüsen darstellen, hat in jüngster Zeit insofern besonderes Interesse erregt, als Jacoby-Neisser in den Knötchen nicht nur Schüppel-Langhans'sche Riesenzellen, sondern auch Tuberkelbacillen gesehen haben und dieselben des-

halb als deutlich tuberculöse Bildungen ansehen, was also der herrschenden Ansicht von der ätiologischen Einheit der Scrophulose und Tuberculose Rechnung trägt. Doch wird es einer gewissen Vorsicht noch bedürfen, bevor man diesen Standpunkt als gesichert betrachtet, denn erstens hat man die als das Characteristicum der Tuberkel angesehenen Riesenzellen in neuerer Zeit auch in anderen pathologischen Neubildungen, so in syphilitischen, häufig gefunden, zweitens hat genannter Autor nicht vermocht seine Ansicht endgültig zu besiegeln, da die Impfexperimente mit diesem „tuberculösen“ bacillenhaltigen Material negativ ausgefallen sind. Wir werden deshalb die Frage als noch nicht geklärt zu betrachten haben und auf weitere, hoffentlich bald folgende Bestätigung warten müssen.

Ich sagte vorhin, der gewöhnliche Ausgang dieser scrophulösen Papeln wäre derjenige in Resorption, nun können dieselben aber auch bei sehr schlechten constitutionellen Verhältnissen in Eiterung übergehen, zu Pustelbildung führen, und dann haben wir das Scrophuloderma pustulosum, welches acneartige Knötchen bildet, die aber auch primär als solche, ohne vorausgegangenes papulöses Stadium, entstehen können. Sie stellen dann erbsengrosse, knotige Efflorescenzen dar, die schnell eitrig zerfallen, sich weit über den Körper verbreiten, einen sehr torpiden Verlauf nehmen und unter Zurücklassung pigmentirter Narben heilen. Besonders sind die stark schwitzenden Hautstellen der Lieblingssitz dieser Affection; hierdurch, wie durch die diffuse Ausbreitung, unterscheidet sie sich leicht von der Acne vulgaris. Diese schon weniger benignen scrophulösen Producte sind aber nicht so specifisch wie der Lichen scrophulosorum, denn sie kommen auch bei allen anderen mit Cachexie einhergehenden Krankheiten und Constitutionsanomalien vor. Hebra sen. fasste sie deshalb unter dem Namen Acne cachecticorum zusammen. — Eine andere Form des Scrophuloderma entsteht, wenn sich eine Infiltration in den tieferen Hautschichten oder im Unterhautzellgewebe entwickelt, dann haben wir das Scrophuloderma tuberosum. Dasselbe stellt sich als blaurother, mit der Haut verschieblicher Tumor dar, der allmählich erweicht; die Decke wird immer dünner, schmilzt endlich, meistens zuerst im Centrum, ganz ein, es entleert sich dünnflüssiger, missfarbiger Eiter und es entsteht ein Geschwür: Scrophuloderma ulcerosum. Das scrophulöse Geschwür, das in gleicher Weise aus einer zum Durchbruch gelangenden, verkästen Lymphdrüse entstehen kann, ist durch verdünnte, überhängende Ränder, geringe Secretion, leicht zum Zerfall neigende Granulationen gekennzeichnet. Selten nur erhalten die Geschwüre einen rein tuberculösen Character, sind seicht, mit grau-belegtem Grunde und zackigen Rändern und schneller peripherer Ausbreitung: Scrophuloderma tuberculosum. Noch seltener ist die Entwicklung eines wirklichen Lupus vulgaris in der Um-

gebung oder in den Narben von scrophulösen Geschwüren; beschrieben sind aber solche Fälle. — Alle diese Formen von Scrophuloderma muss man kennen und von ähnlichen Affectionen, besonders von syphilitischen, abzugrenzen verstehen, will man sich vor Fehlgriffen in der Diagnose und Therapie schützen. —

Sie werden sich nun vielleicht wundern, dass ich schon so lange von scrophulösen Hautleiden spreche, dieselben sogar schon abgethan zu haben scheine, ohne ein Wort von den bekannten Ekzemen gesprochen zu haben. Nun, das hat seinen Grund. Man muss wohl unterscheiden zwischen scrophulösen Hautveränderungen und Hautveränderungen bei Scrophulose. Die bisher erörterten Krankheiten sind alle — vielleicht mit Ausnahme der *Acne cachecticorum* — specifische Hautleiden, die der scrophulösen Diathese direct ihre Entstehung verdanken, also scrophulöse Hautleiden. Die scrophulösen Ekzeme aber sind Leiden, die nur indirect mit der Scrophulose zusammenhängen. Die Scrophulose bereitet nur den Boden für sie vor, damit sie entstehen, muss dann noch irgend eine Noxe, ein gewisses Etwas hinzukommen.

Diese Ekzeme bei Scrophulösen, ein Ausdruck einer gewissen Vulnerabilität der Haut, zeichnen sich vor allem durch Hartnäckigkeit, erhebliche Neigung zu Recidiven aus, gehen auch besonders häufig mit starken Lymphdrüenschwellungen einher. Specifisches in ihrem Aussehen haben sie nicht, dagegen haben sie ihre Lieblingssitze, so im Gesicht, besonders an der Nase, Oberlippe, Ohr, Lidrändern, am behaarten Kopf etc. Auf dem Kopf nimmt das Ekzem häufig einen impetiginösen Character an. Die entstehenden Pusteln bilden Krusten, unter denen Eiterung entsteht und bei längerer Fortdauer zur Geschwürsbildung führen kann. Die Behandlung dieser Ekzeme bei Scrophulösen erfordert natürlich eine Berücksichtigung der constitutionellen Diathese, jedoch wird dieselbe etwas im Gegensatz zu dem Scrophuloderma im hervorragenden Maasse auch eine locale sein müssen, unter möglichster Beachtung der eigentlichen, ekzembringenden Noxen. Wenn Sie mich fragen, welcher Natur diese in der Majorität der Fälle ist, so kann ich Ihnen darüber keine befriedigende Auskunft geben. Ich kann nur sagen, dass in der Neuzeit die Ansichten dazu neigen, unter den zahllosen Microorganismen die Uebelthäter zu suchen. Gefunden und vor dem Forum der strengen Wissenschaft überführt sind dieselben aber noch nicht. Gerade in jetziger Zeit thut man gut, sich in dieser Richtung eine ordentliche Dosis Skepsis zu bewahren, da man gar leicht in den Strom der Begeisterung für die bacterielle Aetiologie mit hineingerissen wird und sich dann in dem Strudel einer Unterschätzung der zahlreichen anderen, auf den menschlichen Organismus eindringenden Noxen schuldig machen kann, die sich später rächt. Darum Vorsicht und strenge Prüfung!

XI. Vortrag.

Infectionskrankheiten.

I.

Syphilis. — Lepra — Malaria. — Milzbrand. — Rotz. — Trichinosis.

Meine Herren!

Das für unsere Betrachtung wichtigste und ergiebigste Gebiet, zuletzt! Wir haben in den früheren Besprechungen so manche Hautveränderung kennen gelernt, die charakteristisch für innere Leiden ist, die für die Diagnose von grosser Bedeutung ist; pathognomonischen Symptomen, deren Zahl ja überhaupt nicht sehr gross ist, sind wir nicht gar zu oft begegnet. Nun kommen wir aber zu einer Gruppe von Krankheiten, bei denen die Haut eine ausnahmsweise grosse, diagnostisch meistens ausschlaggebende Rolle spielt, die Adspection sich als diagnostisches Mittel in ihrem vollsten Werthe zeigt. Es sind dieses Leiden, acute wie chronische, die einen grossen Theil der Infectionskrankheiten ausmachen, da gerade die Bakterien, wenn sie sich im Innern des Körpers ansiedeln, meistens so lebenswürdig sind, durch eclatante Hautveränderungen ihre Anwesenheit zu verrathen — Diejenige Infectionskrankheit, die durch Betheiligung der Haut allen andern voranmarschirt, ist sicher die Syphilis, die ja, trotzdem der Nachweis des pathogenen Mikroorganismus für dieselbe noch nicht geführt ist, zweifellos bakteriellen Ursprungs ist. Dieselbe würde hier unerörtert bleiben können, wenn sie nur ein rein dermatologisches Interesse hätte, sich auf die Haut beschränkte. Leider legt sie sich aber diese Beschränkung bekanntlich nicht auf und ist eine der wichtigsten Uebelthäter bei Erkrankungen innerer Organe. Soweit die Erkennung und Beurtheilung dieser durch die Beachtung etwaiger syphilitischer Hautveränderungen unterstützt wird, werden wir auf letztere hier einzugehen haben, wobei ich aber nur in grossen

Syphilis.

Umrissen Ihnen dieselben vorzuführen gedenke. Die Kenntniss der Hautsyphilis ist von um so grösserer Wichtigkeit, als die anamnestischen Angaben, von denen sich so viel wie möglich zu emanzipiren ja überhaupt unser Bestreben sein muss, gerade gemäss dem alten Satze „Syphilitici sunt mendaces“ hier von denkbar grösster Unzuverlässigkeit ist und sogar von den Patienten so gefasst werden, dass sie auf jede mögliche Weise zur Verdunkelung der Vergangenheit beitragen. Wie nachtheilig wäre diese unvernünftige, übel angebrachte Discretion der Kranken, wenn nicht die Syphilis in grösster Selbstlosigkeit vernünftiger wie ihre unglücklichen Besitzer wäre und uns sichtbare Andenken an ihre frühere Thätigkeit auf der Haut oft zurücklassen würde. — Da die syphilitischen Leiden innerer Organe meistens erst in dem sogenannten tertiären Stadium auftreten, werden wir der uns hier vorliegenden Aufgabe genügen, wenn wir diejenigen Veränderungen der Haut besprechen, die als Erinnerung an Erkrankungen des primären und secundären Stadiums zurückbleiben, und diejenigen, die sich im tertiären Stadium selbst erst abspielen. Wollen wir von diesem Gesichtspunkte aus die Syphilis erörtern, dann werden wir uns am zweckmässigsten an die klinisch - chronologische Eintheilung der Syphilide anschliessen. Lassen Sie uns aber der Besprechung eine kurze Characterisirung der Syphilide im allgemeinen vorausschicken: Die pathognomonische Aeusserung eines Syphilides ist die umschriebene Infiltration des Papillarkörpers und des Coriums, ihr prägnantester Ausdruck: die Papel. Die über das Niveau hervorragenden, etwas glänzenden, sich derb anfühlenden, scharf begrenzten Knötchen von braunrother, kupferartiger und, weil durch Blutaustritt bedingt, nicht wegdrückbarer Farbe, sie sind das Prototyp eines Syphilides. Je nachdem diese Papeln mehr oder weniger flach sind, je nach ihrem weiteren Verlauf, je nachdem sie resorbirt werden, sich in Pusteln umwandeln, oder geschwürig zerfallen, geben sie die verschiedenen Bilder der luetischen Hauterscheinungen. In keinem Falle haben diese Bildungen einen bleibenden Bestand, Resorption oder Zerfall ist ihr sicheres Schicksal. Ein weiteres Characteristicum ist gegeben durch das für ihre Entstehung wie für ihre Heilung geltende Gesetz, dass sie stets nach der Peripherie wachsen und nach der Peripherie heilen; der periphere Theil eines Syphilides entsteht also stets später als der centrale, und heilt stets später als der centrale. Durch peripheres Fortschreiten bei centraler Heilung erhalten wir die oft für Lues typischen Figuren auf der Haut. Nehmen wir noch hinzu, dass die syphilitischen Hautveränderungen fast nie Jucken bewirken — nur manche schuppende Syphilide machen eine Ausnahme — dann haben wir durch die Summe der aufgeführten Characteristika ziemlich sichere Anhaltspunkte für die Erkennung der Syphilide und ihrer etwaigen Reste. — Kehren wir nun zurück zu der Frage, was lehrt uns

die Betrachtung der Haut bei inneren Erkrankungen, wenn wir nach vorhandener oder vorhanden gewesenen Syphiliden forschen? —

Von der primären Induration dürfte in der Zeit, in der innere Organleiden als luetische suspect sind, selten etwas zu sehen resp. zu fühlen sein, da dieselbe in der Norm, zumal bei guter localer und allgemeiner Behandlung schwindet, und nur noch eine dunkle Pigmentirung auf den Sitz hinweist, und das auch nur 5—6 Monate post infectionem.

Bleibt eine Infiltration, eine Resistenz länger bestehen — und es soll eine solche noch nach 30 Jahren gefunden worden sein — so ist das ein Zeichen einer besonders hartnäckigen oder sehr mangelhaft behandelten Syphilis. Hatten sich gleichzeitig mit der Sclerose tiefgehende geschwürige Processe entwickelt, so können natürlich zeitlebens Narben kenntlich bleiben. Man muss aber bei Beurtheilung derselben dessen eingedenk sein, dass Narben häufiger als Andenken von überstandenen, bösartigen weichen Schankern zurückbleiben, denen wir aber, wenn wir uns, wie die meisten inneren Mediciner und Dermatologen, auf den dualistischen Standpunkt stellen, die syphilitische Natur absprechen müssen. Zeigen die Narben noch eine merkliche Härte, dann allerdings ist an der syphilitischen Bedeutung derselben nicht zu zweifeln. Uebrigens ist in dubiis eine suspecte Narbe lieber als syphilitische anzusehen, denn sie giebt uns immer eine gegründete Aussicht auf eine erfolgreiche Therapie, und an eine solche klammern wir uns gerne. — Bemerkenswerth ist noch, dass man, wenn man sich auf die Suche nach einem Sclerosenrest begiebt — und das soll man möglichst oft thun — nicht vergisst, dass die Sclerose ihren Sitz nicht ausschliesslich an den Genitalien aufzuschlagen braucht.

Die im secundären Stadium auftretenden Hautsyphilide schwinden auch meistens, ohne Narben als dauernde Erinnerungszeichen zurückzulassen. Nur ausnahmsweise kommt es bei den nässenden Papeln zu tiefen Geschwüren, die sich später durch Narben dokumentiren; an den Lieblingssitzen derselben, After, Nasenflügel, Mundwinkel etc. muss darnach geforscht werden. Dagegen können nach der Resorption der Syphilide längere Zeit Verfärbungen, Pigmentirungen, als graue oder braune, schmutzig aussehende Flecken zurückbleiben; besonders am Hals und Nacken findet man sie und bezeichnet sie als Pigment-syphilide. Man darf aber aus dieser Bezeichnung nicht schliessen, dass diese Hyperpigmentationen selbstständige Producte der Syphilis sind; sie stellen stets nur Reste zurückgebildeter Syphilide dar und pflegen schliesslich mit der Zeit zu verschwinden; besonders characteristisch ist es, wenn dieses Schwinden nach einer antiluetischen Kur eintritt. Im Gegensatz zu diesen Hyperpigmentationen sind aber als selbstständige Erscheinungen die atrophischen Vorgänge in der Pigmentirung anzu-

sehen, die von Neisser unter den Begriff Leukoderma syphiliticum zusammengefasst sind. Dieses ist ein sehr wichtiges, weil sehr hartnäckiges fortbestehendes Zeichen vorhandener Syphilis.

Das Leukoderma syphiliticum stellt sich dar in besonders bei Frauen häufigen weissen, pigmentlosen Stellen am Halse, im Nacken, seltener am Rumpf, und zwar dann am oberen Brusttheil, zwischen den Schulterblättern, der vorderen Achselhöhlenfalte, sehr selten an Lenden und Bauch, noch seltener an den Extremitäten. Zuerst nur stecknadelkopfgrosse, blasse Stellen, nehmen sie sehr langsam an Grösse zu. Ein besonders scharfer Contrast entsteht noch durch die stets in der Umgebung vorhandene Hyperpigmentation, die um so stärker wird, je länger das Leukoderma besteht, so dass man es so auffasst — ob mit Recht, ist fraglich — als ob es sich um eine centrifugale Verschleppung des Pigments handelt. Oft ist diese Vermehrung des Pigments in der Umgebung so auffallend, dass man diese für die kranke Hautstelle, die centrale weisse Stelle für die normale ansah, was zu der Annahme einer spontanen, auf syphilitischer Basis eintretenden Hyperpigmentation führte. Genauere Beobachtung klärte aber die Sachlage auf, so dass heute zu Tage das selbstständige luetische Pigmentsyphilid, wie bereits erwähnt, nicht mehr anerkannt wird. — Ein besonders hartnäckiges Syphilid der Secundärperiode, das oft bis in die Zeit tertiärer Erscheinungen hineinspielt, ist die Psoriasis syphilitica palmaris und plantaris. Auch diese ist aufzufassen als entstanden aus einer Summe kleiner Papeln; in einigermaßen charakteristischen Fällen muss eine Infiltration des Grundes, auf dem die schuppigen Auflagerungen bestehen, sowie der Umgebung bestehen. Allerdings ist diese Infiltration oft eine so minimale, dass sie nur als braunrother Saum sich kenntlich macht. In jedem Falle ist eine psoriatische Erkrankung der Handfläche oder Fusssohle etwas im höchsten Grade suspectes; man muss sich da durch anamnestiche Angaben niemals täuschen lassen; in 90 pCt. der Fälle wird der Erfolg der Therapie den luetischen Character des Leidens bestätigen. — Von den Anhangsgebilden der Haut sind es zunächst die Haare, an denen sich atrophische Vorgänge in Folge von Syphilis — nicht vor dem vierten Monat nach der Infection — entwickeln. Dieselben erscheinen trocken, wie bestäubt, und fallen schliesslich aus, und zwar geht dieses Effluvium capillorum meistens diffuse vor sich. Die Haare werden schütter, die Kopfhaut beginnt durchzuscheinen, und es kommt, bei etwas atrophischer Kopfhaut, zu einer Alopecie, die selten umschrieben ist. Ist der Haarausfall ein circumscripiter, und das kommt ja auch nach Syphilis vor, fallen die Haare büschelförmig aus, dann bilden sich Areae, die den Areae Celsi ähneln. Sichtbare Veränderungen der Kopfhaut beim Beginn des Haarausfalls, seborrhoischer oder specifisch syphilitischer

Natur, kommen vor; letztere stehen aber meistens nicht zum Haar-
ausfall in directer Beziehung. In jedem Falle ist ein mehr diffuser
Mangel an Kopfhaar, besonders bei jungen Leuten ohne stärkeren
seborrhoeische Affection, geeignet, auf die Syphilis unser
Augenmerk zu lenken.

Sehr selten tritt die Alopecie an anderen Körperstellen auf,
Bart, Achselhöhle, mons veneris, oder, was vorkommt, nur an
den Wimpern und Augenbrauen; der dadurch entstehende Defect,
Madarosis genannt, ist für das Aussehen der Patienten von
grossem Einfluss.

Bei den Nägeln ist es die Onychia und Paronychia sy-
philitica, die, etwa zur gleichen Zeit auftretend wie die Pso-
riasis luetica, oft lange sichtbare Zeichen zurücklässt. Die
Onychie bringt die rosarothte Farbe und die Durchsichtigkeit
der Nägel zum Schwinden, dieselben werden gleichzeitig uneben,
rissig, blättern ab und zeigen tiefe transversale und verticale
Furchen. Besonders charakteristisch gestaltet sich das Aussehen,
wenn die Erkrankung, wie nicht selten, von beiden Seiten-
rändern ausgeht und allmählich nach der Medianlinie vorrückt,
so dass schliesslich nur der mediane Theil und das bogenförmige
Vorderstück normal bleiben und dann diese normalen Theile die
ausgesprochene Form einer Angel resp. Ankers zeigen. — Nur
selten hat die Onychie einen hypertrophischen Character, so dass
eine sehr starke Verdickung des Nagels bis auf das vierfache
entsteht. Die durch luetische Onychie stets bedingte auffallende
Veränderung des Nagels verschont nach Grünfeld meistens den
Daumen und den kleinen Finger. Geschwüriger Natur sind die
Vorgänge bei der Paronychie, die, von dem seitlichen Nagel-
falg, selten von der Lunula, ausgehend, sich auf das Nagelbett
fortpflanzt und zu einer Abhebung und Zerstörung des ganzen Na-
gels führt. Nässende Papeln oder vereiternde papulöse Syphilide,
letztere häufiger von der Nagelwurzel ausgehend, sind die Ur-
sachen dieses Krankheitsbildes, das ausgedehnte Narben zurück-
lassen kann.

An die Besprechung der Nagelerkrankung können wir gleich
die Erörterung der Dactylitis syphilitica anschliessen, wenn
dieselbe auch keine eigentliche Hautveränderung ist. Vielmehr
erinnert die Dactylitis syphilitica am meisten an die Spina ven-
tosa; gummöse Processe im Bindegewebe, in und um den
Knochen, die zu tiefgehender Zerstörung führen können, liegen
den monströsen Auftreibungen der Phalangen zu Grunde. —
Diese Dactylitis ist wohl zu unterscheiden von den Veränderungen
an den Fingern, die als Ostéoarthropathie hypertrophiant
beschrieben sind, und in einer kolbigen Verdickung der Finger und
Zehen, Verbreiterung und Krümmung der Nägel, die Papageien-
schnabel ähneln, bestehen. Dieses Leiden, das besonders von Pierre
Marie genau studirt ist, und, wie erwähnt, meistens einen Folge-
zustand von Lungen- und Herzkrankheiten darstellt, ist jüngst

auch in einem Falle von Heinrich Schmidt (Münch. med. Woch. 1892, No. 30) mit bestehender Syphilis in Verbindung gebracht und durch eine entsprechende Cur beseitigt worden. Als Rarität sei es hier erwähnt.

Damit wären wir also schon zu den tertiären Erscheinungen der Syphilis gekommen, richtiger gesagt, den Spätformen derselben, die nicht nur als Vorgänger, sondern auch als directe Geleiter syphilitischer Erkrankungen inneren Organe auftreten können. Es zählen zu diesen das grossmaculöse Syphilid, das kleinpapulöse Syphilid, das auch als pustulöses Syphilid sich präsentiren kann, das tuberöse Syphilid, das gummöse Syphilid (Syphilom) und endlich das ulceröse Syphilid. Als ein gemeinsames Kennzeichen der Spätformen können wir es hinstellen, dass dieselben, im Gegensatz zu den meist mehr diffus auftretenden secundären Erscheinungen, sich fast immer auf einen kleinen Raum beschränken, circumscripte Anomalien bewirken.

Das grossmaculöse Syphilid ist eigentlich eine spätere Recidivform der secundären Perioden, wenn man, was nicht anständig, strenge die einzelnen Perioden von einander scheiden will, während die kleinmaculösenluetischen Efflorescenzen eine Frühform darstellen. Es kann noch im 2.—3. Jahre auftreten, heilt ohne Narben. Umgekehrt ist unter den papulösen Syphiliden gerade das kleinpapulöse eine Spätform und tritt als solche stets umschrieben, in Gruppen angeordnet, auf, am häufigsten im Gesicht, an der Stirn (*Corona veneris*) und am Rücken, ausgehend von den Follikeln. Es können die kleinen Papeln bis auf eine Pigmentirung der Hautstelle resorbirt werden, sie können aber auch übergehen in Pusteln. Bei diesen kann es durch geschwürigen Zerfall, Eintrocknung des Secrets, zur Ecthymabildung und, wenn diese Borken sich etagenartig auf aneinander thürmen, zum Bilde der *Rupia* kommen. — Geschwürsbildung bei Syphilis kann aber ausserdem hervorgehen aus tuberösem und gummösem Syphilid. Die Geschwüre zeigen scharf abgegrenzte, steile, dabei etwas feinzackige Ränder, haben Kreis- oder Nierenform, eine geröthete, schmerzhaft, infiltrirte Umgebung, einen speckig belegten Grund. Sie entstehen schnell, kriechen centrifugal fort, im Centrum heilend, oder nehmen eine nierenförmige Gestalt an. Die zurückbleibenden Narben, besonders am Kopf, Gesicht, Stirn und Extremitäten, sind meist weich, blasser als die, sogar oft über die Norm pigmentirte, umgebende Haut, zuweilen von braunrothen Flecken und Streifen durchzogen; sie zeigen Kreisform oder sind wenigstens von Kreissegmenten begrenzt. Diesen von Hautsyphilis herrührenden Narben gegenüber sind natürlich Narben, die als Endproducte abgelaufener Knochensyphilis zurückbleiben, tief eingezogen und an den Knochen adhärent. — Gerade bei der Beurtheilung von Geschwüren und

Narben ist die Entscheidung, ob sie syphilitischer Natur sind, oft ebenso wichtig wie schwierig, man muss die genannten Characteristica, die natürlich nicht immer alle deutlich vorhanden sind, genau beachten, um einem Irrthum zu entgehen. Besonders sind es lupöse Verschwärungen und Narben, die uns Schwierigkeiten machen. Sie werden sich da, wenn Sie von den anamnesticen Angaben absehen, dessen zu erinnern haben, dass der Rand lupöser Geschwüre weich unterminirt, schmerzlos ist, währendluetische Ulcera einen harten, scharfen, steil abfallenden, feinzackigen, schmerzhaften Rand zeigen; Sie werden darnach zu sehen haben, ob die Basis des Geschwürs vertieft, speckig belegt ist wie bei Lues oder flach und mit papillären Wucherungen besetzt ist wie bei Lupus; Sie werden zu bedenken haben, dass die Syphilis gerne zu Knochenzerstörungen führt, dementsprechend an der Nase besonders den Nasenrücken befällt, hier die bekannten tief eingezogenen Narben, die der Nase den Namen „Sattelnase“ geben, setzt, während der Lupus meistens den Knochen verschont, höchstens den Knorpel angreift, und deshalb die bekannte Zerstörung der Nasenspitze bewirkt, und dergleichen mehr. Eine sorgfältige Prüfung wird wohl fast immer die bestehenden Zweifel heben.

Dieser cursorische Ueberblick, bei dem ich mich bemüht habe, nicht so sehr die Momente, die zur Erkennung bestehender Hautsyphilis dienen, hervorzuheben, als diejenigen, die nach Ablauf des betreffenden localen Processes uns auf die Spuren des gewesenen leiten, — dieser cursorische Ueberblick, glaube ich, dürfte genügen, um Ihren Forschungen eine bestimmte Richtung zu geben; an der Hand der zahlreichen Characteristica werden Sie wohl meistens keine Fehldiagnose machen. Auf einen Punkt muss ich aber noch hinweisen: Sucht man bei inneren, der syphilitischen Herkunft verdächtigen Leiden nach charakteristischen Hautveränderungen, dann muss man nicht glauben, dass dieselben gleich sehr ausgedehnter Natur sein müssen; die kleinste syphilitische Reminiscenz genügt. Man muss immer ausgehen von der Erfahrung, dass der Ausbruch innerer syphilitischer Processe, besonders der Nervensyphilis, nicht gebunden ist an vorausgegangene schwerere Formen von Hautsyphilis. Gerade in Fällen von sogenannter leichter Syphilis, die wenig secundäre, oft gar keine tertiäre Erscheinungen an der Körperoberfläche bieten und als „geheilt“ bezeichnet werden, treten nicht selten nach einer Reihe von Jahren die schwersten Veränderungen innerer Organe auf. Wir haben eben keinen Maassstab, um den Verlauf der Syphilis in den ersten zehn Jahren nach der Infection, oft noch später, zu prognosticiren, ebensowenig wie wir auch nur mit einiger Sicherheit in diesem Zeitraum einen Syphilitischen als endgültig geheilt bezeichnen können. Alle hygienischen und therapeutischen Schlüsse, die sich auf der Voraussetzung einer Heilung, d. h. einer dauernden Heilung der meisten Fälle von

Syphilis aufbauen, sind ohne feste Basis, weil wir wohl meistens sichere Kennzeichen dafür haben, dass ein Mensch syphilitisch ist, aber selten die Garantie dafür übernehmen können, dass die Syphilis beseitigt ist. Wer will mit Bestimmtheit erklären, dass keine Syphiliskeime, wenn wir schon von den hypothetischen Toxinen der Infectionsträger absehen, sich in den Lymphdrüsen in den Hinterhalt gelegt haben, aus dem sie, wenn auch nach vielen Jahren wieder, einen Ausfall auf den menschlichen Organismus machen? — Also die geringsten Reste einer Syphilis sind bei ätiologisch dunklen Leiden innerer Organe, weil auch therapeutisch wichtig, zu beachten.

Lepra.

Bleiben wir gleich bei den chronischen Infectiouskrankheiten, so ist als ein der Syphilis in mancher Beziehung analoges Leiden zunächst die Lepra, der Aussatz, zu besprechen. Von Alters her unterscheidet man eine *Lepra tuberosa*, *cutanea*, *nodosa*, *maculosa* und *Lepra nervosa* oder *anästhetica* und pflegt die ersten Arten als Hautleiden anzusehen, die sich kennzeichnen durch das Auftreten anfangs rother, später gelbbrauner Flecken und Knoten verschiedener Grösse von derber Beschaffenheit, glänzendem Aussehen, welche sich mit Vorliebe im Gesichte, selten an den Streckseiten der Extremitäten, fast niemals an der Glans penis localisiren und theils isolirt, theils in Gruppen sitzen. Durch peripheres Wachsthum und Confluenz vergrössern sich die Knoten und führen zu ausgedehnten Verdickungen; die Haut über ihnen schilfert etwas ab. Die anfangs vorhandene Hyperästhesie macht allmählich einer Anästhesie Platz. Nach oft jahrelangem Bestande können die Knoten langsam oder schnell, und dann meistens unter erysipelatösen Erscheinungen, schwinden, sie können aber auch zu indolenten, wenig Tendenz zur Heilung zeigenden, oberflächlichen, nur sehr selten tiefgehenden Geschwüren zerfallen; jedoch geschieht letzteres wohl nur unter dem Einfluss secundärer äusserer Schädlichkeiten. Das Gesicht bekommt durch die knötigen Verdickungen einen sonderbaren, schwerfälligen Ausdruck, welcher durch die Bezeichnung *Facies leontina* characterisirt wird. Alopecie, aber nur an Augenbrauen und Bart, Betheiligung der Schleimhäute, Schwellung der Drüsen, Atrophie des Hodens, cirrhotische Prozesse der Leber, secundär auftretende Allgemeinerscheinungen vervollständigen diese kurze Charakteristik einer *Lepra tuberosa*. — Demgegenüber sollte die *Lepra anästhetica* nur eine *Lepra nervorum* sein, die an die vorige Form sich anschliessen kann oder auch von vornherein sich als solche darstellt: Anästhetische Flecke auf der Haut, Anästhesien der tiefern Gewebe, Verschwärungen, die bis zum Abfall ganzer Gliedmassen führen, Schmerzhaftigkeit der Nervenstämme sind kurz die Kennzeichen dieser Lepraart, welche eine primäre Erkrankung der Nerven, eine secundäre der äusseren Haut darstellen soll. Ich kann Ihnen die mannigfachen Wandlungen in den Ansichten über das Verhältniss dieser beiden Lepraarten zu

einander und speciell über die Beziehungen der Hautveränderungen zu den Nervenanomalien nicht schildern, will mich darauf beschränken, den Standpunkt hervorzuheben, den heute zu Tage wohl der grösste Theil der Forscher einnimmt. Die Entdeckung der Leprabacillen, die eingehenden mikroskopischen Studien haben zu einer gewissen Klärung beigetragen: Während man früher, wie gesagt, die Nervenerkrankungen bei der *Lepra anästhetica* als die Ursache der anästhetischen Flecke, die allerdings makroskopisch keine Aehnlichkeit mit den Knoten der tuberosen Form haben, auffasste, nimmt man heute an, dass zwischen den beiden Anomalieen, den Flecken und Knoten, nur ein gradueller Unterschied besteht. Bei beiden findet man dieselbe Zellinfiltration, dieselbe Bildung von Granulationsgewebe, die das charakteristische der Lepraknoten darstellt. Gelangen diese pathologischen Bildungen, die nach der Ansiedelung der Leprabacillen entstehen, zu schneller Resorption, dann sind *Maculae*, wuchern sie langsam weiter fort, dann sind *Tubera* der Ausdruck ihrer Thätigkeit. Die anästhetischen Flecke sind also nicht als trophische Störung, abhängig von Nervenveränderungen aufzufassen, vielmehr ist die Affection der Nerven eine directe Fortsetzung der Erkrankung auf die Nerven, sich auch da durch Zellinfiltration in dem neuritischen Bindegewebe kund gebend. Es giebt also eigentlich gar keine selbstständige *Lepra nervosa*, sondern diese ist stets nur eine von der Haut ausgehende centripetal fortschreitende, ascendirende Neuritis, die allerdings ja ihrerseits, wenn die Nervensubstanz bis zu einem gewissen Grade functionsuntüchtig geworden ist, secundär Anomalieen bewirken kann. Es würde sich da ein Circulus entwickeln, indem die leprösen Hautveränderungen sich auf die Nerven und das Centralnervensystem fortpflanzen, die entstandenen Anomalieen des Nervensystems wiederum auf die Haut pathogen wirken können, was sich in sensiblen, vasomotorischen, trophischen Störungen äussert. Bei weiterem Forschen wird es vielleicht gelingen, die Hautveränderungen, die direct den Leprabacillen ihre Entstehung verdanken, abzuzweigen von denjenigen, die im weiteren Verlauf des so unendlich langsam sich entwickelnden Leidens als Folgen des secundär erkrankten Nervensystems eintreten. Jedoch ist die Sache noch nicht so geklärt, dass man so in die Einzelheiten gehen könnte; vorläufig sei es genügend, wenn wir den inneren Zusammenhang beider Lepraarten uns klar gelegt und damit die mangelnde Berechtigung, sie streng von einander zu scheiden, dargethan haben. Vielleicht bringen uns die nächsten Jahrzehnte viel Gelegenheit zu Studien über die Lepra, da der gefürchtete Aussatz wieder in Europa an verschiedenen Punkten auftaucht und an Ausbreitung zu gewinnen scheint. Hoffen wir, dass die heute vorgeschrittene hygienische Prophylaxe es wird verhüten können, dass wir wieder von dem Leiden in so furcht-

barer Weise heimgesucht werden, wie es in früheren Jahrhunderten der Fall war.

Malaria. Gehen wir nun zu der Besprechung einer andern Infectionskrankheit über, in welche auch die Forschungen der letzten Jahre durch Entdeckung der zu den Plasmodien gehörenden Urheber Klarheit gebracht haben, der Malaria! — Es ist klar, dass der einzelne Intermittensanfall im Beginne zur Zeit des Frostes zu einer blassen, lividen, kalten Hautfärbung, einer Abnahme des Turgors der Haut, blauen Nägeln, kurz allen Erscheinungen eines vasoconstrictorischen Krampfes führen wird, der dann im Hitzestadium sich in das Gegentheil verwandelt. Die Haut wird roth, erhält einen lebhaften Turgor, um dann während der Defervescenz eine sehr rege Schweisssecretion zu entfalten, so dass der Kranke wie im Schweiss gebadet ist. Der starke Schweiss kann natürlich seine treue Begleiterin, die Miliaria, mit sich bringen. — Wiederholen sich die Anfälle oft, dann verlieren die Patienten ihre gesunde Gesichtsfarbe, sie sehen blass, blassgelb, selbst icterisch aus. Von ziemlich indifferenten Affectionen der Haut sind Urticaria, Erythema, Herpes facialis während oder ausserhalb der Anfälle beobachtet, während Purpuraflecken, Ecchymosen, Oedem, das bei Malaria auch gesehene Noma, bösartige Bedeutung haben, Zeichen einer tiefgehenden Cachexie sind. Fast alle genannten Hautanomalien sollen auch intermittirend auftreten können und eine Form der Intermittens larvata darstellen. Kommt es zu der schwersten Form der Malaria, der Febris remittens et continua, die in den Tropen Heimathsrechte hat, dann bildet sich oft später mit gastrischen Störungen einhergehender schwerer Icterus; diese biliöse Intermittens ist dann stets von vielen anderen Störungen maligner Natur begleitet. — Eine andere Variation in der Hautfarbe bedingt die bei perniciöser Malaria sich entwickelnde Melanämie, das Auftreten dunkler, frei oder in den farblosen Blutzellen eingeschlossener Farbstoffkörnchen im Blute, als Ausdruck des Zerfalls der rothen Blutkörperchen. Aschgrau, bleiartig erscheint dann die Körperoberfläche durch eine analoge Ablagerung von Melanin, wie wir sie gleichzeitig in Gehirn, Milz, Leber, Nieren, Knochenmark etc. um die Blutgefässe herum finden.

Bevor wir zu den acuten Infectionskrankheiten übergehen, sei hier noch kurz des Milzbrandes, des Rotzes und der Trichinosis gedacht:

Milzbrand. Beim Milzbrand sind der Carbunkel und das maligne Oedem die hervorstechendsten Erscheinungen auf der Haut. Der Carbunkel bildet sich, indem eine geröthete, stark infiltrirte Papel entsteht, die sich zu einer serös-hämorrhagischen, schwärzlichen Blase gestaltet. Diese platzt und während in der Peripherie neue Blasen aufschliessen, kommt es im Centrum zu einem gangränösen Zerfall des Infiltrats. Der ganze Carbunkel ist von

einer starken Schwellung und von erysipelatös gerötheter Haut umgeben, von der aus rothe Stränge entsprechend den Lymphadenitiden sich nach allen Richtungen erstrecken. Das Milzbrandödem tritt besonders oft an den Augen, dem Hals, der Achselhöhle auf, die stark ödematöse Haut ist bläulich oder erysipelatös und zeigt blutunterlaufene, blasige, mitunter gangränescirende Stellen.

So charakteristisch meistens diese Hautveränderungen bei der localen Infection sind, so wenig lehrreiches bietet uns die Haut bei den seltenen Formen von intestinaler Infection; und doch wären gerade hier deutliche äussere Erscheinungen zur Erleichterung der im Beginn schweren Diagnose sehr willkommen. Nur sehr vereinzelt hat man bei allgemeiner carbunculöser Infection secundäre Anthraces auf der Haut gefunden.

Ganz anders ist das Bild, welches die Rotzinfection beim Menschen auf der Haut schafft. Es entstehen meist knotige, seltener diffuse Infiltrate im Corium, die bald eitrig zerfallen oder auch verkäsen und verkalken können. Bei ganz oberflächlichem Sitz bilden sich Pusteln, jedoch ist auch der Sitz dieser Affection im Corium. Ist es zum Zerfall der Infiltrate gekommen, dann sieht man Geschwüre, die an einer Seite langsam heilen, während sie an der andern wie ein „Wurm“ ebenso langsam fortzukriechen. Der Grund der Geschwüre ist zerfressen, speckig belegt. Alle diese Hauterscheinungen können wichtig sein, wenn es gilt, die Ursache von zur Eiterung führender Knotenbildung in den Muskeln, dunkler Processe an und in den Knochen, chronisch fieberhafter Zustände zu eruiren.

Rotz.

Die Trichinosis endlich bietet keine pathognomonischen Erscheinungen auf der Haut, aber doch oft sehr bemerkenswerthe, zu welchen besonders ödematöse Anschwellungen des oberen Lides, Oedem der Conjunctiva bulbi gehören.

Triccinosis.

Nachdem vielleicht eine Woche hauptsächlich gastrische Beschwerden bestanden, stellt sich eine Schwellung am oberen Augenlid, oft verbunden mit Chemosi conjunctivae ein, seltener nehmen auch die Extremitäten an den Oedemen Theil. Diese Oedeme sind meist nicht von langer Dauer, sie können aber auch nach ihrem Verschwinden wiederkehren. Sobald die Einwanderung der Trichinen in die Muskeln erfolgt und es zu stärkeren Beschwerden gekommen ist, treten in der bei weitem grössten Anzahl der Fälle stärkere ödematöse Anschwellungen auf der Haut in dem Gebiete der betroffenen Muskeln ein, die recht hartnäckig sind. Nicht einig sind die Autoren darüber, wodurch die Oedeme der Haut entstehen, besonders die charakteristischen frühzeitigen Oedeme des oberen Lides. Friedreich glaubte, annehmen zu müssen, dass giftige Stoffe, die von den Trichinen gebildet werden — heute würden wir es „Toxine“ nennen — in das Blut gelangen und die Oedeme bewirken. Es will mir in diesem Falle die Bedeutung der hypothetischen Trichinen-

toxine nicht recht in den Sinn; nimmt man eine schnelle Einwanderung der Trichinen in die Muskeln des Auges und seiner Schutzorgane an, dann wäre das relativ frühe Auftreten der Oedeme als collaterale wohl begreiflich, wenn man das lockere Bindegewebe am Augenslide und die hervorragende Leichtigkeit, mit der an ihm sich Schwellungen bilden, in Erwägung zieht. Es wäre die Entstehung dieser Oedeme dadurch in eine Reihe gestellt mit den später während der Myositis auftretenden, die ja wohl zweifellos richtig von Virchow als collaterale gekennzeichnet sind. Dass eine Unwegsamkeit von Blut- und Lymphgefäßen durch Trichinen direct bewirkt sein sollte, ist nicht anzunehmen.

Ein sehr häufiges Symptom der Trichinosis während des ganzen Krankheitsverlaufs ist die sehr gesteigerte Schweissbildung; vielleicht ist dieselbe eine Begleit- oder Folgeerscheinung der Muskelaffectio analog dem in der Norm bei gesteigerter Muskelthätigkeit eintretenden Schweissausbruch; möglicherweise bewirkt hier vermehrte Thätigkeit dasselbe, wie unter pathologischen Verhältnissen entzündliche Vorgänge. — Von sonstigen Hautveränderungen bei der Trichinosis können wir noch registriren: Hyperästhesieen, Anästhesieen und Parästhesieen — letztere als Jucken und Kribbeln sich äussernd — Urticaria, Furunkel, Desquamation der Haut und Defluvium capillorum. Alle diese Anomalieen kommen vor, aber sie bieten weder durch ihr Erscheinen, noch durch die Art ihres Erscheinens besonders hervorstechende Merkmale, die wir bei der Diagnose der Trichinosis verwerthen können. Man muss aber wissen, dass sie vorkommen, und dass sie also, wenn auch nicht für, so doch auch nicht gegen die Diagnose sprechen.

XII. Vortrag.

Infectionskrankheiten.

II.

Acuter Gelenkrheumatismus. — Influenza. — Diphtheritis. — Parotitis. —
Dysenterie. — Cholera asiatica. — Gelbes Fieber. — Typh. Recurrens. —
Typh. abdominalis. — Typh. exanthematicus. — Erysipelas. — Variola. —
Varicelli. — Morbilli. — Rubeola. — Scarlatina. — Febris Miliaria.

Meine Herren!

Wenn ich die Besprechung der acuten Infectionskrankheiten mit dem acuten Gelenkrheumatismus beginne, so will ich dadurch nicht präjudiciren, dass er zweifellos eine solche ist; wenn es mir auch als sehr wahrscheinlich erscheint, so steht der Beweis hierfür noch aus. Sobald derselbe erbracht, die infectiöse Noxe gefunden sein wird, dann, glaube ich, wird auch eine Sichtung aller der Fälle, die wir unter den Begriff „Gelenkrheumatismus“ zusammenwerfen, erfolgen müssen. Es ist das gerade für unsere Erörterung nicht unwichtig, wenn wir die Beziehungen des sogenannten Gelenkrheumatismus zu vielen vorausgegangenen, sich vornehmlich oder ausschliesslich auf der Haut ausprägenden Krankheiten, in das Bereich desselben ziehen. Haben wir erst genauere Aufklärung über das Wesen des in Rede stehenden Leidens, dann werden wir diesen secundären Gelenkaffectionen wohl einen andern Platz anweisen müssen, sie nicht hier einreihen dürfen. Ich meine die Gelenkentzündungen nach exsudativem Erythem, nach dem Erythema nodosum, im Geleite der Purpura, die dann Peliosis rheumatica genannt wird, des Erysipelas, der Scarlatina. Diese Affectionen der Gelenke sind wohl Folgen der Noxe, welche die zu Grunde liegende Krankheit bedingt, und haben wohl mit dem acuten Gelenkrheumatismus ebensowenig zu thun, wie die Gelenkentzündungen nach Gonorrhoe und Bronchiectasen. Wenn ich mich recht be-

Acuter
Gelenk-
rheumatis-
mus.

sinne, sind übrigens schon beim Erysipelas in den entzündeten Gelenken die specifischen Erysipelascocci gefunden worden — Der charakteristische acute Gelenkrheumatismus steht auch in einer gewissen Abhängigkeit zu Vorgängen auf der Haut insofern, als Erkältung — ein Thema, dessen Erörterung ich gerne aus dem Wege gehe — eine Disposition zu der Erkrankung ohne Zweifel schafft. — Nicht gering an Zahl sind die Folgezustände, die derselbe auf der Haut bedingt. Am häufigsten ist die starke Hypersecretion des sehr sauer reagirenden Schweißes, die natürlich oft von Miliaria alba und rubra gefolgt ist. Daneben sind aber auch eine Reihe anderer Exantheme beobachtet, so Roseola, diffuse oder circumscripte Erytheme, Urticaria, kurz eine Anzahl vasomotorischer Störungen. Zu diesen zählen auch die angegebenen Anschwellungen und Verdickungen der Haut, die natürlich zu trennen sind von den rheumatischen Schwielen in den Muskeln; erstere sind wohl fliegende Oedeme. — Geht die Entzündung am Gelenke über auf die benachbarten Nerven — und das kommt vor — entsteht eine ascendirende Neuritis, dann kann diese ihrerseits sensible und trophische Störungen auslösen, so Anästhesie, Atrophie oder Hypertrophie der Haut und ähnliches.

Influenza.

Gehen wir nun über zu denjenigen acuten Infectiouskrankheiten, die hauptsächlich in den Athmungsorganen sich localisiren, so haben wir da schon die wichtigsten vorausgenommen: die croupöse Pneumonie und den Keuchhusten, die wir ebenso wie die Lungentuberculose, alter Gewohnheit folgend, den andern Erkrankungen des Respirationstractus angereiht haben. Es bleibt uns hier nur noch ein epidemisch auftretendes Leiden zu besprechen, welches auch in hervorragender Weise die Athmungswege alterirt: die Influenza, die nach mehreren Jahrzehnten wieder einige Triumphzüge in den letzten Jahren durch Europa gehalten und zu vielen Studien Gelegenheit gegeben hat. In gar nicht seltenen Fällen des oft so vielseitigen Krankheitsbildes bei Influenza sind Veränderungen auf der Körperoberfläche gefunden worden. Neben der nicht gerade häufig gesehenen Urticaria, dem oft die Fieberanfälle begleitenden Herpes facialis, sind es vor allem Erytheme, die unsere Aufmerksamkeit fesseln. Der Character derselben erinnert am meisten an Scharlach, bei genauerem Zusehen vermisst man aber doch die feine Punktirung des eigentlichen Scharlachexanthems; vielmehr ist die erythematöse Röthe bei Influenza mehr diffus. Von anderen Seiten sind auch vielfach masernähnliche Ausschläge gemeldet worden, die sich sogar in manchen Gegenden gehäuft haben sollen. Schwere Fälle bei marantischen Individuen sind zuweilen von Purpura begleitet gewesen; in einigen ist es zu starkem Oedem eines Beines durch Thrombose der Vene gekommen, die sogar zu Gangrän des

Beines geführt hat. Zufällig waren es gerade Aerzte, bei denen sich die Influenza als ein so malignes Leiden darstellte.

An der Kreuzungsstelle des Respirations- und Verdauungstractus ist der Sitz einer Infectionskrankheit, die von da aus nach beiden Richtungen sich fortpflanzt: der Diphtheritis ^{Diphtheritis.} faucium, dieses bösen Würgeengels der Kinder. Ohne spezifische Erscheinungen auf der Haut gewöhnlich darzubieten, vermag doch die Beobachtung derselben uns nicht selten in diagnostischer wie in prognostischer Beziehung manch' lehrreichen Wink zu geben. Sehen wir uns ein Beispiel an: Wir werden zu einem Kinde gerufen, das seit einigen Tagen krank ist, etwas fiebert, appetitlos ist, über keine örtlichen Beschwerden — höchstens nur über etwas Bauchweh — klagt, gut schluckt und laut spricht. Wir betrachten das Kind und sehen die Oberlippe um die Nasenöffnung herum etwas geröthet oder gar wund „Ach, das Kind hat ein bischen Schnupfen, davon kann es doch nicht so krank sein“, meinen die Angehörigen. Wir untersuchen Nase und Rachen und finden, dass sich hinter diesem unschuldigen Schnupfen eine sehr schwere Diphtherie versteckt, die gar nicht selten durch gar keine örtlichen Erscheinungen subjectiv sich verräth. Wir hätten sie ja auch so entdeckt, soll man doch jedem aus nicht klaren Ursachen kränkenden Kinde den Hals untersuchen, aber die leichte Hautröthe an der Nasenöffnung hat uns doch schneller auf die Spuren geleitet. Es leuchtet ein, dass eine solch' kleine Veränderung an der Oberlippe noch wichtiger ist, wenn es sich um eine isolirte Nasendiphtherie handelt, die ja sich sehr leicht der Erkennung entzieht — Nun ein Beispiel, an dem wir die oft prognostisch sehr wichtige Hautbeobachtung kennen lernen: Ein diphtheritisches Kind nähert sich augenscheinlich der Reconvalescenz. Die Beläge sind fast ganz abgestossen, das Fieber ist geschwunden; der Puls ist klein, etwas schnellend, aber nicht zu frequent und gleichmässig; das Kind sitzt im Bette und spielt, hat noch keinen rechten Appetit, ist zeitweilig etwas unruhig, was als Ungeduld ausgelegt wird. Alles glaubt, dass jede Gefahr vorüber ist. Da bemerkt man an den Beinen einige kleine, blaurothe, scheinbar bedeutungslose, schmerzlose Flecke, und man kann getrost trotz des relativ guten Befindens, den Exitus letalis prophezeihen, ohne ihn abwenden zu können. In wenigstens 90 pCt. der Fälle werden Sie Recht behalten, wenn Sie die Angehörigen durch Warnung vor einer optimistischen Auffassung der Sachlage auf einen traurigen Verlauf vorbereiten, denn das Auftreten von Petechien bei Diphtheritis ist stets ein sehr böses Zeichen einer schweren Allgemein-infection, „einer Blutvergiftung“, die den für die Angehörigen meistens, für den Arzt nicht selten überraschenden, traurigen Ausgang ankündigen. Es ist sehr rathsam, bei jeder Diphtherie nach ihnen täglich zu suchen, wenn auch das sonstige Ergehen gut ist, mit besonderer Sorgfalt muss man danach sehen, wenn

der Puls sehr klein ist. Uebrigens ist es nicht angebracht, die Angehörigen durch derartige Untersuchungen zu beunruhigen, man muss dieselben in möglichst unauffälliger Weise vornehmen.

Was wir noch sonst an der Haut bei Diphtherie beobachten, das sind neben Erythemen und Urticaria, welche aber nichts specifisches darbieten, echt diphtheritische Veränderungen derselben, die durch Infection kleiner und kleinster Wunden mit dem Virus diphthericum entstehen. Am Mundwinkel, an der Oberlippe, an Stellen, wo Blutegel gesogen haben, da, wo frische Wunden chirurgisch gemacht sind, so nach der Tracheotomie, entstehen mit diphtheritischen Belegen überzogene, langsam heilende Geschwürsflächen. — Hinzufügen möchte ich noch die Aufforderung, stets auf die Gesichtsfarbe der kleinen Patienten zu achten: Leichte Cyanose kündigt ein Fortschreiten auf den Larynx oft früher an als der Stridor, oder verräth die Entwicklung pneumonischer Herde früher, als es Auscultation und Percussion gethan. Eine auffallende Blässe heisst uns auf starke Albuminurie fahnden, wenn wir uns nicht schon grundsätzlich die tägliche Urinuntersuchung zur Pflicht gemacht. Nicht näher eingehen will ich auf die bis zur totalen Anästhesie sich steigernde Sensibilitätsstörungen bei postdiphtherischen Lähmungen.

Parotitis
epidemica.
Dysenterie.

Cholera
asiatica.

Ohne die Parotitis epidemica, die nichts Interessantes bietet, weiter zu erörtern, und nach kurzer Erwähnung der Dysenterie, bei der einige Autoren während des Leidens eine Roseola, andere als Nachkrankheit atrophische Vorgänge und Blutgefässerweiterungen an der Körperoberfläche gesehen haben, wenden wir uns der Cholera asiatica zu. Bei der Cholera nehmen die Characteristica auf der Haut ein nur um so deutlicheres Gepräge an, je mehr das gefürchtete Stadium algidum hervortritt: Die Haut fühlt sich besonders an den vom Herzen weit entfernten Theilen eiskalt, trocken oder etwas klebrig an, hat jeden Turgor, jede Elasticität verloren. Hebt man zwischen den Fingern eine Falte auf, dann bleibt sie stehen, macht man einen Schnitt, dann klafft er nicht. Dabei sind die Augen tief eingesunken, ist die Gesichtsfarbe eine blasse, später bleigraue oder cyanotische. Im Ganzen hat die Facies cholericus etwas specifisches; der enormen Wasserentziehung und der dadurch bedingten Eintrocknung der Gewebe einerseits, der schweren Allgemeininfection andererseits verdankt sie ihre Entstehung. Tritt eine Wendung zur Besserung ein, dann ist der Rückgang der krankhaften Hautbeschaffenheit das erste Zeichen; dieselbe wird warm, feucht, erhält ihren Turgor wieder und bekommt eine normale Farbe. In dieser Zeit ist es auch, in der vornehmlich, wie es nach den Beobachtungen der jüngsten Epidemie verlautet, eine Reihe von Hautausschlägen zu Tage tritt, die bald Urticaria, bald Morbilli ähneln, bald eine Roseola

darstellen und also als Verkünder eintretender Besserung meistens willkommen sind.

Im Anschluss hieran wollen wir noch kurz einer anderen, zum Glück in Europa nicht einheimischen Infectionskrankheit Erwähnung thun, des gelben Fiebers. Wie der Name sagt, ist ein bis zu den höchsten Graden sich steigernder Icterus mit seinen Folgen ein Hauptkennzeichen dieser Krankheit; ob die Auffassung, dass dieser Icterus ein hämatogener ist, der Wahrheit entspricht, lasse ich dahingestellt.

Gelbes
Fieber.

Wir kommen zu der Besprechung der drei Typhusarten und werden da manche Interesse erregende Hauterscheinung zu registriren haben.

Der Recurrens geht in leichten Fällen ohne nennenswerthe Veränderungen auf der Haut einher. Roseola, Erytheme, Petechien, die man hier auch mit dem Namen Peliome belegt, Urticaria sind gesehen worden, ohne aber irgend welchen diagnostischen Werth zu besitzen. Sensibilitätsstörungen, die im Prodromalstadium besonders in den Beinen beobachtet sind, schwanken zwischen Hyperalgesie und Analgesie der Haut ohne etwas typisches zu haben, wenn sie auch zu Zeiten, in welchen Recurrens herrscht, den Ausbruch derselben ahnen lassen. Sehr bemerkenswerth aber ist der Icterus, dem wir in schweren Fällen begegnen, die dann als biliöses Typhoid bezeichnet werden, ohne dass sie aber als besonderes Leiden rubricirt werden dürfen, zumal auch in leichteren Fällen Andeutungen von Icterus oft vorhanden sind. Die Sache liegt hier ähnlich, wie bei der biliösen Pneumonie. Auch bei dem Recurrens bezeichnet man den Icterus als hämatogenen, wir werden aber ruhig noch ein Fragezeichen dahinter setzen. Dieselben Autoren, die die hepatogene Entstehung des Recurrens-Icterus vertheidigen, geben bei ihren Sectionsberichten an, starke parenchymatöse Entartung in der Leber gefunden zu haben. Liegt es da nicht näher, dieses dem Icterus in die Schuhe zu schieben, als wieder mit dem dunkeln Ausdruck „Blutdissolution“ zu operiren?

Recurrens.

Biliöses
Typhoid.

In einem gewissen Gegensatz zu dem sich selten auf der Körperoberfläche in charakteristischer Weise verrathenden Febris recurrens stehen die anderen Typhusarten, bei denen die Hautbefunde zum Theil als pathognomonische, ja als einzig pathognomonische gelten. Zunächst der Typhus abdominalis! Wir haben bei der Besprechung des Status gastricus febrilis, der Pneumonie, der Meningitis, schon der differenzialdiagnostischen Bedeutung des Herpes facialis Erwähnung gethan, der beim Typhus abdominalis ein gar seltener Gast ist, ohne dass es uns verständlich wäre, weshalb derselbe gerade den Unterleibstyphus flieht. Ganz ausgeschlossen ist sein Vorkommen bei diesem Leiden allerdings auch nicht, aber er ist doch hier so rar, dass er uns, wo er vorhanden ist, zumal im Beginne, wenn die anderen

Typhus
abdominalis.

Symptome noch keinen sicheren Schluss gestatten, als gegen Typhus sprechend willkommen ist.

Gegenüber dieser negativen und immerhin nicht sehr grossen Bedeutung eines Herpes facialis, ist die Roseola typhosa im positiven Sinne von allergrösster und entscheidender Wichtigkeit. Die Roseola ist neben dem doch nicht leichten und nicht schnell zu führenden Nachweis der Typhusbacillen das hervorragendste Symptom des Unterleibstyphus. Wir müssen ihr deshalb am Krankenbette unsere grösste Aufmerksamkeit zuwenden, und das um so mehr, als sie oft so vereinzelt und in so bescheidener Form auftritt, dass sie einem flüchtigen Beobachter oder einem ungeübten Auge leicht entgeht. Die Roseola typhosa tritt am häufigsten am Abdomen, der vorderen Fläche des Thorax, seltener am Rücken, ganz selten an den Extremitäten am Ende der ersten Woche oder in der ersten Hälfte der zweiten in Gestalt ganz kleiner, etwas gerötheter und erhabener Flecke auf, die auf Druck erblassen und nach 5—10 Tagen schwinden, ohne Zeichen zu hinterlassen; eine leichte Abschuppung an der Stelle kennzeichnet hin und wieder den früheren Sitz der rothen Fleckchen. So unbedeutend, so spärlich diese sind, ein jeder sichere Roseolafleck besiegelt doch erst die Diagnose; alle übrigen Symptome treten ihm gegenüber in den Hintergrund. Man muss streng daran festhalten, dass dieses pathognomonische Symptom beim Abdominaltyphus niemals fehlt; entgegenstehende Beobachtungen, in denen zweifellos Typhus abdominalis bestand, ohne dass Roseola vorhanden gewesen wäre, sind um so weniger als Ausnahmen von der Regel anzusehen, als sie immer den Verdacht zulassen, dass einzelne kleine Roseolafleckchen, die vielleicht nur ein ephemerer Dasein führten, unbeachtet geblieben sind. — Wie entstehen die Roseolaflecke? Wir können es nicht bestimmt sagen, wie wir uns die Entstehung dieser umschriebenen exsudativen Erytheme — als solche müssen wir die rothen erhabenen Flecke doch auffassen — zu denken haben, einen Hinweis aber finden wir vielleicht darin, dass es einzelnen Autoren gelungen ist, in dem einem angestochenen Roseolafleck entnommenen Bluttröpfchen Typhusbacillen zu finden und diese dann weiter zu züchten. Wir werden demnach annehmen müssen, dass die im Blute kreisenden Typhusbacillen stellenweise in den feinsten Capillaren stecken bleiben und örtlich hyperämische Erscheinungen mit Exsudation durch ihre Toxine bewirken.

Neben dieser Roseola bedürfen eine Reihe anderer Hauterscheinungen: die trockne, heisse Haut zur Zeit höherer Fiebertemperatur, die Schweisse bei starken Remissionen, die zuweilen auftretenden Erytheme, die in schweren Fällen beobachteten Peliome nicht besonderer Hervorhebung, da sie mehr oder weniger bei allen Infectiouskrankheiten vorkommen können. Zu beachten ist aber der Decubitus, der die dem Drucke ausgesetzten mit geringem Fettpolster versehenen Körperstellen beim

Typhus abdominalis entschieden auffallend häufig ergreift. Man sage nicht, dass die Unbeweglichkeit der Kranken, die lange Dauer etc. allein Schuld daran sind, denn wir sehen bei anderen fieberhaften, langdauernden Leiden, unter ähnlichen Verhältnissen relativ den Decubitus seltener. Wir müssen sicher nach einer besonderen Ursache für den Decubitus hier suchen, und da werden wir nicht fehlgehen, wenn wir das starke Darniederliegen der Functionen des Nervensystems hierfür verantwortlich machen. Der Decubitus tritt ja besonders in den schweren Fällen ein, die dem Typhus abdominalis den Namen „Nervenfieber“ gegeben haben, in denen benommenes Sensorium, Delirien mit oder auch ohne hohes Fieber das Krankheitsbild beherrschen. Nach dieser Anschauung wäre der Decubitus also auch ein trophischer Vorgang, zu dessen Entstehung der lang andauernde Druck natürlich die Disposition schafft.

Als Nachkrankheit des Typhus finden wir besonders häufig ein mehr oder weniger profuses Defluvium capillorum, das zur vollkommenen Kahlheit führen kann. Die grosse Besorgniss, besonders der Damen um ihr Haar, ist allerdings unnöthig, denn diese Kahlheit ist nur ein vorübergehendes Intermezzo; sofern der Patient sich erholt, kehren die Haare in vermehrter und verbesserter Auflage wieder. Viele unfehlbaren Haarmittel verdanken dieser Spontanregeneration ihren Ruf. — Die Ursache des Haarausfalls ist in einer Ernährungsstörung der Haarpapille zu suchen, die gleichzeitig mit seborrhoeischen Anomalien einhergeht; ob auch durch diese bedingt oder mit diesen parallel gehend, ist fraglich.

Beim Typhus exanthematicus gestaltet sich der Hautausschlag schon ganz anders. Schon im Namen liegt es, dass die Flecken eine vielmehr hervortretende auffallendere Erscheinung bilden, als die bescheidene Roseola typhosa. Das Exanthem erscheint am dritten bis sechsten Tage, hat ein masernartiges Aussehen und ist meist recht ausgebreitet. Beginnend an der Grenze von Brust und Bauch greift es auf den ganzen Rumpf, Gesicht und Extremitäten über und ist besonders an der Streckseite der Unterarme sehr deutlich. Die einzelnen Flecken sind rundlich, etwas geröthet und erblasen anfangs auf Druck; später erfolgt jedenfalls Blutaustritt per diapedesin, sie bekommen ein mehr livides Aussehen, ihre Grenzen werden mehr verschwommen, ihre Farbe verschwindet nicht mehr auf Fingerdruck. Nach zehn Tagen verschwinden sie, gefolgt von einer leichten Abschuppung. Der Farbenton des Exanthems — und wir werden dieser Erscheinung auch bei den noch zu nennenden Leiden begegnen — ist von prognostischer Bedeutung, insofern, als die Infection sich als eine um so schwerere kennzeichnet, je dunkler, je hämorrhagischer die Flecken erscheinen. — An Stelle dieser flachen Flecke können beim Flecktyphus ausnahmsweise rothe spitze Papeln vorkommen, die sogar kleine Bläschen an der Spitze tragen.

Typhus
exanthemi-
cus.

Von sonstigen bemerkenswerthen Erscheinungen möchte ich hier des eigenthümlichen modrigen Geruchs gedenken, der von manchen Autoren den Ausdünstungen der Flecktyphuskranken zugeschrieben wird und die Diagnose durch die Nase gestatten soll. In ähnlicher Weise wird von andern jeder Infectiouskrankheit ein specifischer Schweissgeruch zugeschrieben: die Masernkranken sollen am Ende der Eruption nach gerupften Gänsen, die Scharlachkranken nach Menageriekäfigen oder verschimmeltem Käse riechen, an gelbem Fieber Leidende von aashaft riechenden Schweissen sogar schon vor Ausbruch der Krankheit heimgesucht sein. Es erinnert das sehr an den alten Heim, der ja beim Eintritt in's Krankenzimmer die Krankheit schon errochen haben soll. Nun will ich die Möglichkeit solcher Diagnosen durch die Nase nicht in Abrede stellen, es ist ja beispielsweise leicht möglich, aus dem süsslich faulen Geruch, der dem Eintretenden aus einem Zimmer, in dem ein Diphtheritiskranker sich befindet, entgegenströmt, die Diphtherie zu erschliessen. Es könnte ja auch sein, dass man bei grösserer Uebung auch manch' anderes Leiden an dem Geruche erkennen kann, aber wir haben diese Virtuosität heute zu Tage nicht mehr in genügendem Maasse. Möglicherweise haben unsere ärztlichen Vorfahren in Ermangelung anderer guter Untersuchungsmethoden ihren Olfactorius besser geschult. Heute zu Tage sind wir, so grosse Aufmerksamkeit wir den Nasen unserer Patienten zuwenden, nicht mehr gewohnt, unsere Nase diagnostisch zu dressiren; wenn wir das thäten, wäre es ja sicher kein Schaden, nur müssten wir uns der Unvollkommenheit solcher diagnostischen, von der Nase beigebrachten Beweismittel stets bewusst bleiben.

Acute
Exantheme.

Erysipelas.

Fahren wir mit der Erörterung der Infectiouskrankheiten fort, so leiten uns die beiden zuletzt genannten Typhusformen mit ihren pathognomonischen Hautausschlägen direct über zu der letzten, hier zu betrachtenden Gruppe, zu den sogenannten acuten Exanthemen, contagiösen Erkrankungen, bei denen die Hautaffectionen eine so bedeutende Rolle spielen, dass die Dermatologen sie ebenso als zu ihrem Gebiet gehörig in Anspruch nehmen, wie die inneren Mediciner. Es zählen dazu das Erysipelas, die Variola, Varicelli, Morbilli, Rubeola, der Scharlach und die Miliaria. — Das Bild des Erysipel zu schildern, erlassen Sie mir wohl, es ist dieses ja ein durch primäre Ansiedelung der Infectionsträger in der Haut resp. der Schleimhaut entstandenes Leiden, welches secundär erst zu pathologischen Vorgängen in inneren Organen führt. Auch bei den andern Leiden brauche ich Ihnen wohl nicht eine eingehendere Schilderung des Krankheitsbildes zu geben, das ich ja als bekannt voraussetzen darf. Ich will hier nur diejenigen Punkte hervorheben, die der uns gesetzten Aufgabe entsprechen. Bei all' diesen Krankheiten kann im stadium prodromorum ein Erythem, eine Roseola, eine Urticaria dem eigentlichen Exanthem vor-

ausgehen, ohne einen bestimmten Schluss auf das kommende zu gestatten. Nur bei Variola haben diese prodromalen oder initialen Erytheme die charakteristische Eigenschaft, dass sie sich mit besonderer Vorliebe an der Unterbauchgegend localisiren, an der Seite der Bauch- und Brustwand bis zur Achselhöhle hinauf, an der äusseren Fläche der Oberschenkel hinabsteigend. Dabei sollen sie sich an bestimmte Nervenbahnen binden und durch Erregung der in diesen verlaufenden Vasomotoren entstehen. — Die Variola kann im stadium eruptionis verwechselt werden mit Masern, da bei beiden die Flecke zuerst im Gesicht und am behaarten Kopfe auftreten, allmählich bis zu den unteren Extremitäten hinabsteigend. Aber erstens hat man zu beachten, dass die Eruption bei Variola stets mit einem Temperaturabfall einhergeht, während bei Masern eine Steigerung des Fiebers statt hat, die allerdings nicht während des ganzen Eruptionsstadiums bestehen bleibt, sondern — hier wiederum im Gegensatz zur Scarlatina — am 2.—3.—4. Tage einem ziemlich plötzlichen Abfall weicht. Ausserdem aber sind die Flecke bei Variola mit grossen Reizerscheinungen, Oedem, besonders Schwellung der Augenlider verbunden, während bei Masern die Haut ziemlich reizlos ist, dagegen aber die Schleimhäute in bekannter Weise catarrhalisch afficirt sind. — Ist die Variola in das Stadium vesiculosum getreten, dann könnten Varicellen mit ihr verwechselt werden, welche einige Autoren sicher mit Unrecht nur für eine leicht Abart der Pocken ansehen, ähnlich der Variolois. Der rothe entzündliche Hof, die beginnende Dellenbildung ist wohl, abgesehen von den Allgemeinerscheinungen genügend, die Variola von den Varicellen zu trennen, trotzdem bei letzteren eine Andeutung von Dellenbildung eintreten kann, was ja, wenn man die Entstehung der Delle als Folge des bei beiden Leiden vorhandenen maschigen Baues der Bläschen auffasst, denkbar ist; niemals aber ist die Delle bei Varicellen so ausgesprochen. Im. stad. suppurationis kann die Variola mit keiner Krankheit verwechselt werden, die eitrigen, gedellten, von infiltrirtem Hof umgebenen Pusteln sind pathognomonisch. — Die Scarlatina ist durch die dicht gesprenkelte Haut, auf der, wenn sie noch so sehr mit rothen Pünktchen besät ist, noch immer minimale weisse Zwischenräume zu finden sind, das relative, nicht absolute Freibleiben des Gesichtes, in dem Fiebrerröthe die Pünktchen oft deckt, die durch das ganze Eruptionsstadium anhaltende Temperatursteigerung, die Angina etc. genau gegen die anderen Leiden abgegrenzt. Characteristisch für Scharlach ist, dass selbst bei starker, durch Exanthem und Fieber bedingter Gesichtsröthe stets um den Mund herum der der Lippenschleimhaut angrenzende Hautsaum weiss und farblos bleibt. — Sehr schwer, bei einzelnen Fällen unmöglich, ist es, die Rubeolen von den Masern abzugrenzen, und doch besteht nicht, wie manche behaupten, nur ein gradueller Unterschied

zwischen ihnen. Qualitative Unterschiede in der Form des Exanthems sind nicht leicht zu machen, die Betheiligung der Schleimhäute, die bei Rubeola stets eine minimale ist, kann auch bei Masern eine minimale sein, und doch giebt eine Rubeolenepidemie niemals das Bild, wie eine Masernepidemie. Bei der leichtesten Masernepidemie laufen einzelne Fälle unter, in welchen die Schleimhautaffectionen ernsterer Natur sind, die Allgemeinerscheinungen heftiger werden, bedenkliche Complicationen in Form von Pneumonien hinzutreten, bei einer Rubeolaepidemie sucht man vergebens nach solchen. Bedenken muss man ferner, dass Rubeola niemals immun macht gegen Masern, was man doch von der einmaligen Ueberstehung der Morbilli mit grösster Wahrscheinlichkeit erwarten müsste. Wenn man eine Rubeolaepidemie erlebt hat, kommt man zu dem Schlusse, dass es sich doch um eine ganz andere Erkrankung handelt, ohne diesen Schluss aber mit absolut beweiskräftigen Gründen motiviren zu können. Wir müssen von den ätiologischen Forschungen diese Motivirung erwarten. Dass jemals Rubeola mit Scharlach verwechselt werden könnte, glaube ich nach meinen Erfahrungen ausschliessen zu können. — Die Abschuppung geht bei Masern und Rubeolen stets kleienförmig, bei Scharlach im Gesichte meistens in gleicher Weise, am Körper und besonders an den Händen aber stets in Form von Lamellen vor sich, so dass man die Haut in grossen Fetzen abziehen kann.

Prognostisch ist bei allen Leiden die Beschaffenheit der Exantheme in sofern von grosser Wichtigkeit, als, wie ich bereits beim Flecktyphus bemerkte, die Qualität desselben sehr beachtenswerth ist, und besonders eine ausgesprochen hämorrhagische Beschaffenheit eine ernste Bedeutung hat. Leichte dunkelrothe Verfärbung einzelner Flecke, die auf Druck nicht weicht, ist nicht gerade schlimm, wenn sie auch Bedenken erregt, ein allgemeiner dunkelrother Farbenton, womöglich bei gleichzeitigem Auftreten wirklicher Hauthämorrhagien muss stets die Prognose ad malam partem beeinflussen. Am besten illustriert diese Malignität die Variola hämorrhagica, die gerade kräftige Leute befällt und sogar ohne jede Pustelbildung einhergeht: Die scharlachrothe Färbung der angeschwollenen Haut wird dunkler, ja schwärzlich, Petechien, subconjunctivale Hämorrhagien treten auf, bald gefolgt von Blutungen aus allen Organen, und unter schweren Allgemeinerscheinungen erfolgt der Tod. — Der Laie legt sehr grossen Werth auf die Quantität; er fürchtet, dass der Ausschlag nicht herauskommt, und sucht daher durch recht warmes Einpacken der Kranken und Anregen der Schweisssecretion das Exanthem zu deutlicherem Hervortreten zu veranlassen, was ja auch gelingt. Es ist an diesem Laienglauben in soweit etwas wahres, als beim Eintritt schwerer Complicationen ein Erblassen des Exanthems vorkommt; die Complicationen sind aber dann nicht Folgen, sondern Ursachen des Erblassens, es besteht

also da eine Verwechslung zwischen Ursache und Wirkung analog den Vorstellungen der Volksmedizin über die Bedeutung der schwindenden Fusschweisse. An und für sich ist aber ein geringer Ausschlag nicht als prognostisch ungünstig anzusehen, da die vorkommenden Fälle von acuten Exanthemen sine exanthemate ja meistens leichte Fälle sind. Andererseits muss man sich aber hüten, in das Gegentheil zu verfallen, ein schwaches Exanthem als stets gutes Prognosticon anzusehen und deshalb die ärztlichen Maassnahmen weniger streng zu treffen, denn Complicationen und später nachhinkende Nachkrankheiten schliesst ein geringer Ausschlag keineswegs aus.

Eine ganze Reihe von Hautleiden könnte ich Ihnen hier noch aufzählen, die als Folgen der letztgenannten Leiden auftreten können: Ekzeme und Noma können sich an Masern anschliessen, Defluvium capillorum ist häufig nach Variola, sogar mit ungünstiger Prognose, falls es auf der Kopfhaut durch tiefe eitrige Prozesse zur Zerstörung der Haarwurzeln gekommen, Decubitus, Pemphigus, Purpura, Furunkel etc. können allen acuten Exanthemen folgen. Sie haben aber alle nichts typisches, was ihre eingehendere Erörterung rechtfertigte.

Ich will zum Schlusse nun noch einige Worte über die Febris miliaria, Sudor anglicus, die Friesel, sagen, deren epidemisches und verderbliches Auftreten, wie es aus dem 15. und 16. Jahrhundert gemeldet ist, wie eine Legende in der Medicin angesehen wurde, die geisterhaft in der Literatur herumspukte. Aber Beobachtungen, die in jüngster Zeit in Ungarn gemacht sind, haben uns gelehrt, dass man nicht zu leicht an Berichten aus der Vergangenheit zweifeln und rütteln soll. Sie haben gezeigt, dass es in der That eine in 6—8 Tagen sich abspielende Infectionskrankheit giebt, die, in letal endenden Fällen mit schweren Hirnerscheinungen beginnend, neben Allgemeinerscheinungen nur mit profusen Schweissen und Miliariabildung, in bösen Fällen mit Purpura einhergeht und bis zu 50 pCt. Mortalität aufweist. — Allerdings ist das, was der Volksmund heut zu Tage als Friesel bezeichnet und besonders als eine im Wochenbett vorkommende Erkrankung ansieht, ein Kunstproduct unvernünftiger Ansichten und verkehrter Lebensweise. Sobald eine Wöchnerin schwitzt, so sagt das Volk, darf sie in diesem Vergnügen nicht behindert, muss vielmehr auf alle mögliche Weise, vor allem durch einen Thurm warmer Bettdecken im Schweisse erhalten werden. Die nothwendige Folge ist wie immer eine unschuldige Miliaria. Diese aber muss erst recht mit Wärme behandelt werden, und so bekämpft man die Miliaria mit Schweisserzeugung, d. h. mit dem Mittel, durch das man sie am leichtesten hervorbringt. So unterhält man die gesunden „Patienten“ im Frieselausschlag, bis das energische Eingreifen eines Arztes sie aus den Einpackungen, in denen sie, wie ich in einem Fall gesehen, sogar Jahre zubringen, befreit; allerdings haben sie dann oft eine

Febris
miliaria.

Nervosität und eine so hervorragende Neigung zu Erkältungskrankheiten acquirirt, dass sie jetzt den Aberglauben mit wirklicher Erkrankung büssen. So erhalten die abergläubischen Sitten und Gebräuche die Krankheiten und diese wiederum den Aberglauben. Nur die fortschreitende hygienische und allgemeine naturwissenschaftliche Aufklärung der Menschen kann diesen Circulus vitiosus durchbrechen. Möge es ihr gelingen!

Ich bin am Schlusse meiner Ausführungen über die Beziehungen der Hautveränderungen zu inneren Erkrankungen, wenngleich ich mir bewusst bin, dass die Darstellung auf Vollständigkeit keinen Anspruch machen kann. Ich gebe mich aber der Hoffnung hin, dass es mir gelungen ist, Ihnen vielleicht einige Anregungen zu genauer Beachtung der Haut bei inneren Leiden und eingehender Prüfung der inneren Organe bei Hautleiden zu geben. Sie werden dann wohl manchen Nutzen daraus schöpfen, in erster Reihe für die Diagnose. Die richtige Diagnose aber ist die erste Vorbedingung einer richtigen Therapie, die richtige Therapie das Endziel unserer Thätigkeit. Eine wissenschaftliche Forschung auf ärztlichem Gebiet, die nicht, wenn auch nur in weitester Ferne einen Ausblick auf eine Errungenschaft für die Therapie bietet, hat ihren Beruf verfehlt.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin

(durch alle Buchhandlungen zu beziehen).

Handbuch
der
allgemeinen und speciellen
Arzneiverordnungslehre.

Auf Grundlage des Arzneibuchs für das Deutsche Reich (III. Ausgabe)
und der fremden neuesten Pharmacopöen

bearbeitet von Prof. Dr. **C. A. Ewald.**

Zwölfte vermehrte Auflage. gr. 8. 1892. 18 M.

Die
Nebenwirkungen der Arzneimittel.
Pharmakologisch-klinisches Handbuch

von
Docent Dr. **L. Lewin.**

Zweite vollständig neu bearbeitete Auflage.
1893. gr. 8. 18 M.

Lehrbuch der Hautkrankheiten.

Für Aerzte und Studirende bearbeitet

von Docent Dr. **Gustav Behrend.**

Zweite vermehrte Auflage.

1883. gr. 8. Mit 43 Holzschnitten. 14 M.

Handbuch
der
Balneotherapie.

Für praktische Aerzte bearbeitet

von Geh. Rath Dr. **R. Flechsig.**

Zweite umgearbeitete Auflage.

gr. 8. 1892. 10 M.

Lehrbuch
der klinischen Untersuchungs-Methoden
für die Brust- und Unterleibs-Organe
mit Einschluss der Laryngoscopie

von Docent Dr. **Paul Guttman,**

ärztl. Director des städt. Krankenhauses Moabit.

Achte vielfach verbesserte Auflage. 1892. gr. 8. 10 M.

Lehrbuch
der
physikalischen Heilmethoden

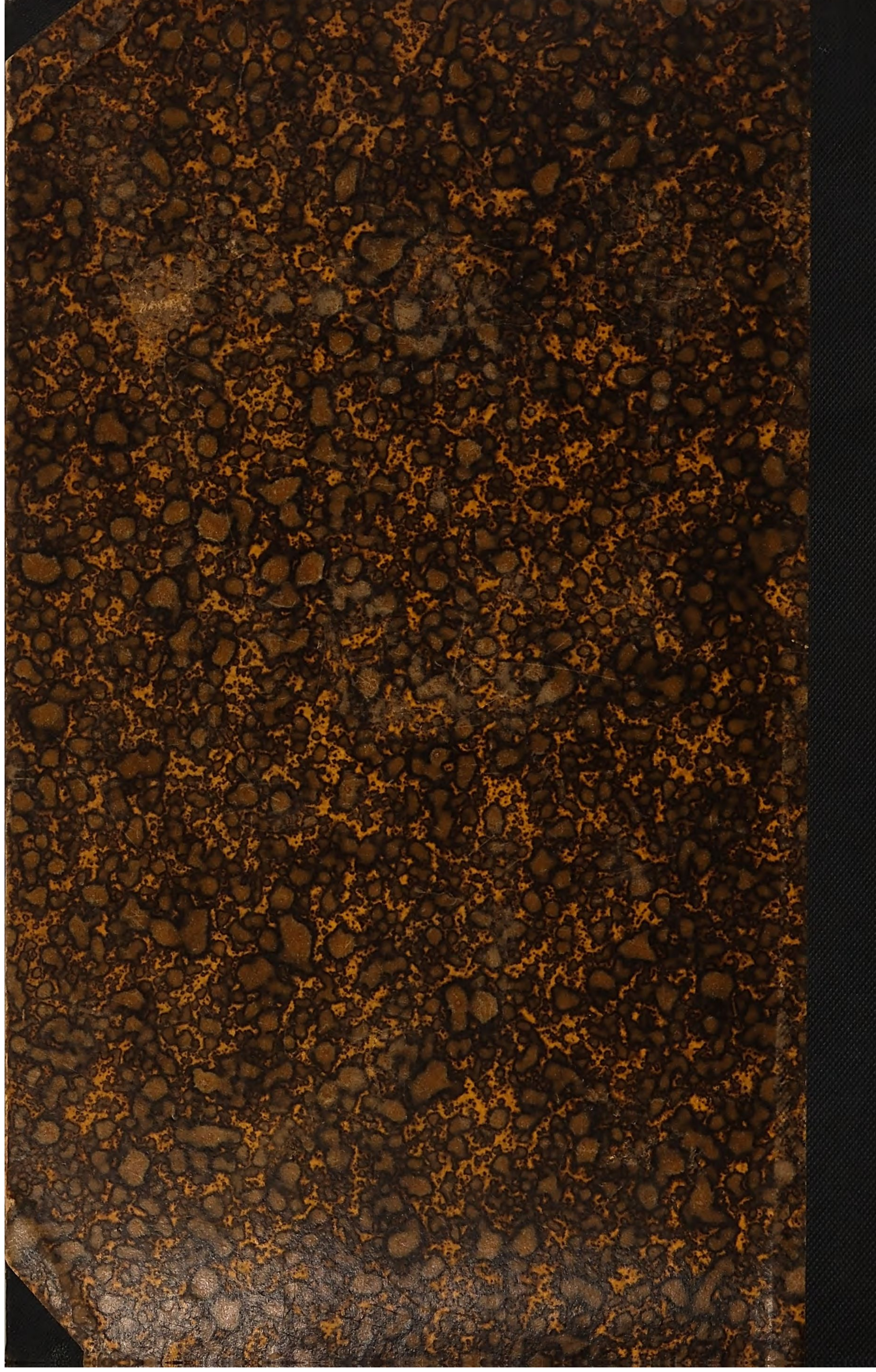
für Aerzte und Studirende

von Prof. Dr. **M. J. Rosbach.**

Zweite vermehrte Auflage.

gr. 8. Mit 89 Holzschn. Preis 16 M.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.



Jessner, Samuel,

Haut-Anomalieen bei inneren Krankheiten

Berlin 1893

Path. 636 t

urn:nbn:de:bvb:12-bsb11872711-3